Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Établissements de soins prolongés pour adultes

Guide

87-00324/

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX

ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PROLONGÉS POUR ADULTES

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
1984

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social

Also available in English under the title
"Adult Long Term Institutional Care"

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer:

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1985
N° de Cat. H39-39/1985F
ISBN 0-662-92956-X

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
INTRODUCTION		vii
LISTE DES PARTICIPANTS		xi
PRÉAMBULE		1
DIRECTIVES		
1.	POPULATION VISÉE	5
2.	ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS	7
	2.1 Le processus d'évaluation	8
	2.2 Résultats de l'évaluation	10
3.	PLAN DE SOIN GLOBAL	11
4.	LITS ET SERVICES REQUIS	15
5.	POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS	20
	5.1 Rôle et objectifs à court et à long terme	20
	5.2 L'organe de direction	21
	5.3 Statuts	21
	5.4 L'administrateur	23
	5.5 Politiques et procédures	24
	5.6 Assurance de la qualité	27
	5.7 Gestion financière	29
6.	DOTATION EN PERSONNEL	31
7.	FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES	33

PAGE

8. SERVICES ET PROGRAMMES 36

8.1 Services médicaux et services de soins dentaires 37
8.2 Services de soins infirmiers 41
8.3 Activités et divertissements 44
8.4 Services de support diagnostique 47
8.5 Services de diététique 48
8.6 Programmes d'éducation 53
8.7 Dossiers de santé 55
8.8 Lutte contre l'infection 58
8.9 Ergothérapie et physiothérapie 59
8.10 Service d'orthèse et de prothèse 63
8.11 Soins palliatifs 65
8.12 Service de pharmacie 67
8.13 Services de psychologie 73
8.14 Inhalothérapie 73
8.15 Sécurité 74
8.16 Travail social 75
8.17 Orthophonie et audiologie 77
8.18 Pastorale 79
8.19 Services auxiliaires 80
8.20 Transport 82
8.21 Services de bénévoles 83

9. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT 86

9.1 Extérieur 86
9.2 Espace personnel 87
9.3 Espaces réservés aux activités et à la récréation 88
9.4 Salle à manger 89
9.5 Décor et ameublement 89
9.6 Éclairage 90
9.7 Couleur 92
9.8 Contrôle du bruit 93

10. PLAN D'URGENCE 94

PAGE

RÉFÉRENCES CHOISIES

ANNEXES 101

ANNEXE I Types de soins 105

ANNEXE II Structure, fonction et choix des membres du conseil 109

ANNEXE III Programmes d'orientation 111

ANNEXE IV Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux 115

ANNEXE V Exemple de manuels de politiques et de procédures 121

ANNEXE VI Activités et programmes récréatifs 125

ANNEXE VII Sécurité 129

ANNEXE VIII Services de transport 137

ANNEXE IX Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux 143

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes s'est fait sentir, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des directives pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales, actuelles ou récentes, et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. En 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux accorda au Groupe de travail le statut permanent de Sous-comité du Comité consultatif. Le nom de Groupe de travail a alors été changé pour celui de Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux. On trouvera en annexe, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Sous-comité.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, de directives élaborées au Canada et de sources autorisées d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis d'experts dûment désignés par les organisations nationales de santé représentant les activités propres à chaque service. Il est certain que des centaines de spécialistes de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant aux sujets traités un caractère de véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne doivent pas être considérées comme des normes rigides. Leur application peut en effet varier en divers endroits au Canada et c'est à la

province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Ces directives serviront à définir les besoins d'un certain nombre d'établissements et de services de soins spécialisés. L'intention des auteurs n'était pas d'établir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à juger de la nécessité d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services existants et sur ceux qui sont à l'étude, aussi bien sur le plan local que sur le plan régional. Des lacunes dans les services en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les mesures à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins d'ordre clinique, les contraintes d'ordre monétaire et les conséquences d'une insuffisance des installations matérielles sur le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées régulièrement. Il est prévu que le Sous-comité continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable

que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et leurs renseignements.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans ce volume, était composé des personnes suivantes:

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Primrose Bishop
Conseillère en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la santé
St. John's (Terre-Neuve)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr Gordon A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

Phyllis MacDonald
Agent des normes
Division des établissements de santé urbains
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Hans H. Rubarth
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Robert Seaver
Conseiller principal en médecine
Division des programmes de santé
Direction consultative des programmes
Ministère de la santé
Toronto (Ontario)

Janet Stow, (secrétariat)
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PROLONGÉS POUR ADULTES

Le Groupe de travail sur les établissements de soins prolongés pour adultes responsables de l'établissement des directives était composé des spécialistes suivants:

M. Donald F. Moffatt, président
Direction, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Roger Diab
Architecte-conseil
Division de la planification des établissements de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Eleanor Gardiner
Directrice, Service d'ergothérapie
Hôpital Hogarth-Westmount
Thunder Bay (Ontario)

Diana McIntyre
Directrice générale
Hôpitaux de soins prolongés et centre d'hébergement,
Edmonton et région rurale (District 24)
Edmonton (Alberta)

Carolyn MacKay
Conseillère en soins infirmiers
Services en centre d'hébergement
Ministère de la santé
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

D^r Rosemary Meier
Coordonnatrice, Service de psychiatrie gériatrique
Département de psychiatrie
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

D^r Don Orn
Coordonnateur, Services de gérontologie
Direction de la planification des programmes
Hôpitaux et services de santé
Edmonton (Alberta)

Ann Rasmussen
Gestionnaire
Penticton and District Retirement Complex
Penticton (Colombie-Britannique)

Janet Stow, coordonnatrice
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Lorette Sutton
Expert-conseil, Services communautaires de soins
infirmiers
Division des services communautaires de santé
Direction générale des services et de la promotion
de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Kay Thomson
Directrice, Division des centres d'hébergement
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

D^r Nelson Turmel
Directeur des Services professionnels
Centre hospitalier St-Augustin
Beauport (Québec)

Esta Wall
Expert-conseil principal, Planification
des programmes
Division des services en établissement
Ministère de la santé de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Dr David Wooldridge
Directeur clinique
Geriatric Centre
Royal Jubilee Hospital
Victoria (Colombie-Britannique)

Le Groupe de travail souligne avec gratitude la contribution importante de nombreux professionnels de la santé à l'élaboration des directives. Il remercie particulièrement Win Lindsay, Anne Hrenchuket Janet Bjornson, agents des normes à la Commission des services de santé du Manitoba.

PRÉAMBULE

Les directives qui suivent ont été élaborées à la demande des autorités provinciales en matière de santé afin d'aider les décisionnaires à gérer les ressources du domaine de la santé et les personnes qui s'occupent de soins prolongés, à dispenser des soins de qualité supérieure[1].

Clientèle en matière de soins prolongés

L'amélioration des pratiques de santé publique, les progrès de la technologie et la meilleure compréhension de la prévention, du traitement des maladies, des questions sociales et de la réadaptation ont contribué à prolonger la vie de nombreux Canadiens et par conséquent, à augmenter le nombre de personnes qui ont besoin de soins de longue durée à domicile ou en établissement. Il sera question, dans les deux premières sections de ce guide, des caractéristiques de cette population et du rôle clé de l'évaluation pour assurer que le client recevra les services dont il a besoin.

Types de soins

Les services et les programmes tels que les soins de jour[2] et les services de dépannage permettent souvent à l'individu de rester chez lui. Dans certains cas, l'évaluation complète des besoins d'une personne et des ressources auxquelles elle a accès

---

1 Les directives servent de complément au Guide d'agrément des centres de soins prolongés (Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, février 1985), et non à le remplacer.

2 Un guide de normes régissant les services de jour sera élaboré à une date ultérieure. Le guide intitulé Hôpitaux de jour pour personnes âgées, publié en 1979 par la Direction des services médicaux, aborde partiellement la question des services de soutien en gériatrie.

révèle qu'elle n'est pas en mesure de vivre dans son cadre habituel même si on essayait d'adapter celui-ci et qu'elle a besoin d'être admise dans un établissement de soins prolongés.

Il se peut qu'elle n'ait besoin de soins en établissement que pendant un certain temps et le plan de soins doit prévoir son retour à domicile, quel que soit le pronostic.

Il existe, au Canada, différents modes de dispensation de soins prolongés en établissement et les définitions des types et des niveaux de soins diffèrent légèrement d'une province à l'autre. **Dans ce guide, il sera question des types II et III de soins définis dans le Rapport du Groupe de travail sur la classification des soins aux malades[3]. Dans les deux cas, il s'agit de soins requis par une personne qui doit pouvoir compter, 24 heures par jour, sur des soins personnels sous la surveillance de médecins et d'infirmières, ainsi que sur la disponibilité des services nécessaires pour combler ses besoins psychologiques et sociaux. Les personnes qui ont besoin de soins du type III peuvent aussi avoir besoin de services thérapeutiques supplémentaires.**

Rapports et coordination sur le plan communautaire

Il faut établir des rapports avec les autres services de santé et services sociaux communautaires. La collaboration des services communautaires, de l'individu et de sa famille lors de l'évaluation du cas en vue du placement contribuera à ce que la personne reçoive ultimement le type de soins qui lui convienne. L'établissement d'un programme de soins continus contribuera à réduire les admissions inutiles

---

3 On trouvera à l'Annexe I, pages 105 à 107, le tableau complet des types de soins. Les présentes directives ne doivent pas contredire les lois, les directives et les normes provinciales en vigueur.

et à prévenir le traumatisme auquel est exposée une personne qui fait constamment la navette d'un établissement ou d'un service à l'autre.

Les installations matérielles de l'établissement ainsi que les programmes et les services qui y sont offerts devraient correspondre aux besoins changeants de la communauté qu'il dessert.

La qualité de vie

Les établissements de soins prolongés diffèrent considérablement des hôpitaux généraux. Tout au long de ce guide, l'accent porte sur le fait que l'établissement devient le foyer du bénéficiaire, qu'il y soit admis pour peu de temps ou pour un long séjour. Chacun a sa propre idée de ce qui fait la qualité de la vie. Toute personne qui a besoin de soins prolongés, qu'elle soit jeune ou vieille, qu'elle souffre d'une infirmité congénitale ou ait été victime d'un accident, ou encore qu'elle en soit rendue là à cause de vieillissement, doit être traitée comme une personne entière, ayant un passé, un présent et un avenir.

Les aspects essentiels de la notion de qualité de vie comprennent le besoin de conserver son identité propre, de protéger sa vie privée et son indépendance et le droit d'être traité avec dignité et respect. Le manque de vie privée peut entraîner des frustrations, de la tension, le repli sur soi-même ou des comportements hostiles. La vie privée comporte quatre aspects fondamentaux: la solitude, l'intimité, l'anonymat et la discrétion. Le personnel et les membres de la famille du résident doivent faire en sorte que ces aspects de vie privée soient à sa discrétion. En outre, ils doivent traiter avec respect son corps, ses effets personnels, son espace et son environnement physiques.
Il faut accorder une attention particulière aux communications, tant verbales que non verbales. Quel que soit le degré de dépendance des résidents, ils doivent toujours être traités avec respect et comme des adultes. Le besoin d'attirer l'attention,

de toucher et d'être touché en retour est un mécanisme de communication qu'il faut favoriser. Il faut aussi reconnaître et respecter le besoin de contact physique entre les résidents ou entre un résident et son conjoint ou un ami et fournir le climat approprié.

Tout établissement, qu'il soit grand ou petit, quels que soient les services qu'il offre ou l'endroit où il se trouve, est en mesure d'adopter une politique de soins qui tiennent compte de la notion de qualité de vie des résidents.

Définition des soins prolongés

"Les soins prolongés sont des soins dispensés pendant une longue période pour répondre aux besoins physiques, affectifs, sociaux, personnels et spirituels de personnes dont les capacités fonctionnelles sont diminuées ou risquent de le devenir.

Les soins prolongés supposent une approche "holistique", qui comprend des programmes appropriés de rééducation, de traitement, d'enrichissement de la vie et de maintien dont l'objectif est d'accroître ou de préserver au maximum la santé et le bien-être des individus."*

---

* Définitions du Groupe de travail

DIRECTIVES

1. POPULATION VISÉE

Dans toute population, quelle qu'elle soit, un certain pourcentage de personnes de tous les groupes d'âge aura besoin d'une forme quelconque de soins de longue durée[4]. Les personnes âgées sont les plus nombreuses à avoir besoin de soins prolongés. On prévoit que l'augmentation du nombre de personnes âgées, et particulièrement de vieillards, va s'accélérer et qu'en l'an 2031, plus de 20 p. 100 de la population aura plus de 65 ans. Si la majorité de ces personnes n'aura pas besoin de soins en établissement, nombreux sont ceux qui devront y recourir.

1.1 Les personnes âgées

Lorsqu'on planifie des services de soins pour les personnes âgées, il importe davantage de considérer leurs besoins physiologiques, psychologiques et sociaux que leur date de naissance ou leur âge chronologique. Toutefois, les personnes de plus de 75 ans dont l'état requiert des services de soins prolongés ont, d'ordinaire, des besoins particuliers à cause de leur vulnérabilité croissante. Lorsqu'il existe des services efficaces dans leur milieu, bon nombre de ces personnes peuvent demeurer chez-elles. Par conséquent, à l'heure actuelle, les individus admis dans l'établissement de soins prolongés moyen sont, en général, plus âgés et plus dépendants qu'il y a cinq ans. Lorsqu'on a affaire à ce type de population, les besoins de soins personnels augmentent sans cesse de même que les besoins de

---

4 La population visée par ces directives est la population adulte, c'est-à-dire, de 18 ans et plus. Des directives semblables concernant les soins prolongés pour les enfants et les adolescents sont en voie de préparation.

services psychiatriques, parce que les troubles mentaux accompagnent les problèmes physiques de plus en plus nombreux.

1.2 Les jeunes adultes

Les jeunes adultes ont des besoins particuliers et un mode de vie qui diffèrent de ceux des personnes âgées. Pour satisfaire leur désir de se comporter comme les autres jeunes de leur âge, il faudra planifier des activités qui leur plairont et leur conviendront[5]. Même s'il est préférable que les jeunes soient traités à part, il est inévitable que certains se retrouvent dans les mêmes établissements que les personnes âgées. Dans ce cas, il faut, dans la mesure du possible, loger les jeunes dans une unité spéciale et, de toute façon, prévoir des programmes pour répondre à leurs besoins.

1.3 Les adultes atteints de troubles mentaux[6]

Les besoins des personnes hospitalisées dans les établissements psychiatriques de longue durée ne sont pas abordés dans ce guide. Cependant, dans tout établissement de soins prolongés, il arrive que des résidents éprouvent des troubles affectifs passagers ou de nature plus permanente. La gravité de ces problèmes varie; il peut s'agir de troubles légers: simple confusion ou dépression légère, ou de troubles graves tels que la démence qui peut provoquer des comportements pénibles et difficiles à maîtriser. Il est essentiel de bien évaluer les problèmes à mesure qu'ils se manifestent afin de déterminer la cause du comportement et les facteurs qui le provoquent. Le personnel peut consulter des

---

5 Comme il est essentiel de répondre aux besoins des jeunes personnes pour assurer leur qualité de vie, un guide distinct sera élaboré sur ce sujet.

6 Un guide sur les soins prolongés dispensés aux adultes souffrant de dysfonction mentale sera élaboré à une date ultérieure.

experts du domaine qui comprennent la crainte et l'anxiété que ces manifestations suscitent, prendre les mesures nécessaires pour que la personne reçoive l'attention psychologique ou médicale dont elle a besoin et l'aider à reprendre contact avec la réalité.

2. ÉVALUATION DES BESOINS EN MATIÈRE DE SOINS[7]

Il faut procéder à une évaluation complète des besoins d'une personne pour bien la diriger. L'examen de l'état et des besoins d'une personne sur les plans physique, thérapeutique, psychologique et environnemental doit être confié à une équipe interdisciplinaire. Le processus d'évaluation peut prendre différentes formes, mais il s'établit de plus en plus de services spéciaux d'évaluation en vue de desservir soit une communauté soit un district.

L'intéressé doit participer au processus d'évaluation et celui-ci doit inclure les renseignements et les observations de sa famille et d'autres personnes qui l'entourent. Il faut aussi évaluer les répercussions de la situation sur ceux qui s'occupent de la personne en cause. Dans un couple âgé, le conjoint est souvent soumis à un stress considérable. De même, les enfants des "personnes très âgées" sont souvent eux-mêmes des personnes âgées et ont de la difficulté à s'occuper de leurs vieux parents.

L'évaluation est un processus continu. En plus de l'utiliser pour vérifier le niveau de soins approprié, il faut réévaluer à intervalles réguliers lorsque la personne bénéficie de services de soins de même que chaque fois que son état le justifie.

---

[7] Les directives concernant l'évaluation seront publiées dans un document connexe.

2.1 Le processus d'évaluation[8]

Évaluation physique

Le processus d'évaluation doit inclure des renseignements cliniques fiables. L'examen physique doit être fait par un médecin qui connaît la gamme des causes réversibles de troubles physiques, mentaux et affectifs qu'un traitement approprié peut corriger ou soulager.

Les manifestations de la maladie chez les personnes âgées sont souvent trompeuses par rapport à celles qu'on observe dans les groupes plus jeunes et il existe possiblement plusieurs problèmes médicaux conjugués chez les personnes âgées[9]; par conséquent, l'intervention du médecin compétent en matière de gériatrie constitue une contribution efficace dans l'évaluation de l'état de santé de celles-ci. Lorsqu'ils sont bien formés, les professionnels de la santé qui s'occupent des personnes âgées peuvent repérer des affections guérissables qui sont trop souvent prises pour des conséquences du vieillissement. Parfois l'évaluation et le traitement des problèmes médicaux suffisent pour permettre à une personne de reprendre son mode de vie habituel.

Évaluation de la santé mentale

L'état de santé mentale doit être évalué dans le cadre de l'évaluation globale. On connaît bien l'effet de la santé physique sur le moral et cela est particulière-

---

8 La section qui porte sur les Services et les programmes, pp. 36 à 86 comprend des détails supplémentaires sur l'évaluation des besoins personnels en matière de traitement, de services sociaux et de renseignements.

9 Hodkinson, H.M.; Common Symptoms of Disease in the Elderly, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1976

ment sensible chez les personnes âgées qui souffrent souvent de plusieurs troubles.

La dépression accompagne souvent les incapacités liées aux troubles chroniques, aux maladies aiguës ou à un changement de vie qui entraîne une perte; celle-ci peut être partielle comme un affaiblissement de la vue ou de l'ouïe, ou totale, comme dans le cas d'un deuil. La dépression est susceptible de traitement.

Il arrive que les changements dans la perception du milieu provoqués par un affaiblissement de l'acuité sensorielle ou la détérioration des rapports avec autrui s'accompagnent de symptômes de paranoïa; diverses mesures peuvent atténuer ces symptômes. Il est possible que la maladie ou l'incapacité fonctionnelle accentue les traits de personnalité ou les symptômes névrotiques qui ont marqué une personne toute sa vie et diminue ses moyens face à la maladie ou à l'infirmité. Le risque de suicide est parfois présent et l'anxiété peut se manifester de multiples façons. Il arrive que certaines personnes âgées souffrent de démence, mais celle-ci n'est pas une conséquence inévitable de la sénescence. Il faut évaluer la perte des capacités cognitives causée par la congestion cérébrale ou la maladie d'Alzheimer.

Évaluation de l'insertion sociale

L'évaluation de l'environnement social d'une personne permet de mieux déterminer sa capacité d'accomplir les tâches normales de la vie quotidienne. L'évaluation doit apporter des renseignements sur divers sujets tels que la condition financière de la personne, ce qu'elle a besoin d'apprendre, ses besoins sociaux, ce qui l'intéresse, ses passe-temps favoris et dans quelle mesure elle est satisfaite de sa vie.

D'autres facteurs peuvent influer directement sur la capacité qu'aura une personne d'habiter chez elle, notamment l'aide que sa famille et d'autres personnes de son milieu peuvent lui apporter, la disponibilité et

la qualité des services de soutien offerts par son milieu ainsi que le type de logement où elle demeure et son endroit. Les services de transport ou la température peuvent rendre tantôt facile, tantôt difficile, l'accès aux services communautaires et à d'autres services indispensables, tels que les services médicaux, le marché d'alimentation et les activités récréatives.

L'attitude du milieu en général et les politiques des professionnels de la santé et du gouvernement à l'égard des besoins des individus, auront également une influence directe sur les résultats de l'évaluation.

2.2 Résultats de l'évaluation

Après l'évaluation, il sera possible de décider entre diverses options allant du traitement à domicile à l'hospitalisation dans un établissement de soins prolongés. La liste suivante présente, dans un ordre arbitraire et non par ordre de préférence, l'aboutissement possible de l'évaluation. Il s'agit uniquement d'exemples; cette liste n'est pas exhaustive.

- Hôpital général
- Hôpital de jour/service de soins de jour pour les adultes
- Pension de famille
- Services de soutien communautaires
- Programme coordonné de soins à domicile (à court terme ou à long terme)
- Programmes d'activités quotidiennes
- Congé d'un établissement ou fin de la participation à un programme

- Unité d'évaluation gériatrique
  - hôpital de jour
  - unité d'évaluation des malades hospitalisés
- Foyer de groupe
- Établissement de soins prolongés
- Traitement médical à domicile
- Services de réadaptation
- Résidence avec aide disponible en cas de besoin
- Périodes de sursis dans le traitement.

Bien que les résultats de l'évaluation puissent mener à la recommandation de diverses lignes de conduite y compris l'une ou l'autre des options précitées, les directives qui suivent s'appliquent généralement aux services offerts dans les établissements de soins prolongés.

3. PLAN DE SOIN GLOBAL

3.1 Considérations d'ordre général

Il faut établir un plan de soins coordonnés pour chaque bénéficiaire de services de soins prolongés. Le plan de soins sera réexaminé périodiquement en vue d'identifier les changements possibles dans les besoins du malade, d'évaluer les résultats du traitement et de faire une mise à jour.

Il faut tenir une réunion où les professionnels des diverses disciplines impliquées dans le traitement élaborent un plan de soins quotidiens. Il faut délimiter les responsibilités des professionnels de chaque discipline et déterminer les exigences de la coordination des soins de même que le objectifs du traitement, les thérapies et les résultats attendus. Le plan doit tirer parti des capacités de chaque

individu et comprendre des activités individuelles de même que des activités de groupe qui permettent au bénéficiaire en cause de conserver ou d'atteindre un maximum de capacité fonctionnelle, tout en tenant compte de façon réaliste, des changements possibles.

La famille et le bénéficiaire lui-même devraient participer activement à la planification et à la mise en application du plan de soins.

3.2 Soins dans un centre d'hébergement

Dans le cas du centre d'hébergement, le plan de soins doit tenir compte des facteurs supplémentaires suivants:

Adaptation

Les personnes admises dans un établissement de soins prolongés doivent faire face à une période d'adaptation difficile alors que, bien souvent, leurs capacités physiques et psychologiques sont particulièrement chancelantes. Les changements et les pertes qu'une personne a subis au cours de sa vie, peuvent aboutir à un sentiment de perte d'autonomie au moment de son admission dans un établissement. La crainte de nouveaux deuils peut l'empêcher de créer de nouveaux liens. De plus, le manque d'habitude de la vie communautaire peut induire de nombreuses personnes à se replier sur elles-mêmes et provoquer une détérioration de leur santé.

Les résidents devraient, dans la mesure du possible, participer à l'établissement de leur propre plan de soins et être encouragés à participer aux décisions qui concernent l'établissement. Cela peut leur donner le sentiment qu'ils exercent un certain contrôle sur une situation où, bien souvent, les sentiments d'impuissance et d'incapacité engendrent le découragement, trois facteurs de dépression. La compétence du personnel et la conception judicieuse de l'installation matérielle sont deux facteurs qui

contribuent à atténuer les aspects négatifs de la vie en établissement et à aider les résidents à conserver un mode de vie aussi satisfaisant que possible.

Traitement[10]

Les traitements et la médication doivent correspondre aux besoins du bénéficiaire plutôt qu'à ceux du personnel. Sans doute, les sondes vésicales à demeure conservent-elles les lits secs, mais elles ne devraient être utilisées qu'après avoir tout essayé pour aider le résident à retrouver le contrôle de sa vessie.

Les tranquillisants le soulagent parfois de symptômes pénibles; cependant, ils ne devraient jamais être prescrits pour que le personnel ait affaire à des malades dociles et faciles à soigner. Si la recherche et la formation sont des éléments importants des soins prolongés, il faut cependant éviter que les résidents soient soumis à des analyses et à des questionnaires répétés de la part des étudiants et des chercheurs.

Continuité des soins

La continuité des soins et la permanence de l'environnement sont importantes non seulement à cause de la nature même des soins à long terme requis par l'état du résident mais également à cause des problèmes d'adaptation susceptibles de se manifester lors de déplacements d'un établissement à l'autre.

Un environnement fixe peut favoriser la réinsertion sociale du résident après une période de confusion ou de maladie aiguë. Celui qu'on isole des autres pendant un certain temps lorsqu'il a un comportement anormal ne sera pas en bute à la crainte et aux changements d'attitude qui rendraient les rapports

---

10 On trouvera à la section 8, Services et programmes, pp. 36 à 86, d'autres directives concernant les principes de traitement.

difficiles une fois l'épisode terminé et en conséquence, peut-être sera-t-il moins porté à agir de façon anormale. Pour assurer la continuité des soins, il est possible qu'il soit nécessaire de disposer d'installations et d'organisations spéciales.

Coordination des soins

Il faut identifier la personne qui assurera la coordination du plan de soins. Elle doit avoir de l'entregent et être capable de travailler avec les professionnels des différentes disciplines qui vont participer à l'établissement du plan de soins. Elle doit être investie de l'autorité nécessaire et être responsable. Étant donné le grand nombre de problèmes médicaux et à cause des soins à donner vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l'infirmière renseignée sur le processus normal du vieillissement et sur les maladies propres aux personnes âgées, et qui possède une formation ou de l'expérience psychiatrique, est tout indiquée pour remplir ce rôle.

Réadaptation et sortie

Le plan de soins doit comprendre l'évaluation du potentiel de réadaptation du résident et de sa possibilité d'obtenir son congé de l'établissement. Bon nombre d'entre eux, surtout les personnes âgées, devront passer le reste de leur vie en établissement. Certains devront être transférés dans un établissement où l'on offre un autre niveau de soins.

L'étape majeure de la sortie ou du transfert peut être insurmontable si l'on n'applique pas un plan progressif auquel collabore la personne qui prendra soin du résident par la suite. Ce plan peut prévoir des sorties de jour, des laissez-passer de vingt-quatre heures ou de fin de semaine, l'inscription du résident à des programmes de soins de jour de l'établissement ou d'ailleurs, et quelquefois le transfert temporaire dans une unité de gériatrie. Il

est essentiel, pour assurer la continuité des soins, que les membres du personnel soignant qui s'occupe de la sortie du malade soit informé des détails du plan arrêté.

4. LITS ET SERVICES REQUIS

Lorsqu'on planifie l'agrandissement d'un établissement de soins prolongés ou ses programmes extra-muros, il faut analyser les besoins du milieu et calculer le nombre de lits requis. Cette analyse permettra d'utiliser les ressources de façon rationnelle et de fournir des soins du type et du niveau appropriés. Quiconque désire ouvrir un établissement de soins prolongés pour adultes ou offrir des services extra-muros devrait solliciter l'aide du ministère concerné, qu'il s'agisse de définir un besoin ou d'élaborer une proposition en vue de la construction d'un nouvel établissement. Les méthodes de planification budgétaire et de demandes de fonds vont varier d'une province à l'autre.

Au Canada, diverses méthodes ou combinaisons de méthodes sont appliquées dans les provinces et les territoires pour déterminer et évaluer les besoins et approuver le type, la taille et l'emplacement des établissements. L'une des méthodes les plus couramment utilisées est le rapport nombre de lits/population appelé parfois: "rapport fixe de lits".

La planification en prévision des besoins futurs est fondée sur un nombre de lits par 1000 personnes de 65 ans et plus, rapport qui s'est avéré satisfaisant dans le passé. On fait souvent appel à des informateurs clés durant les premières étapes de la planification. Il s'agit d'un sondage relativement simple en vue de recueillir des renseignements auprès de personnes bien identifiées comme les médecins hygiénistes, les infirmières hygiénistes, les administrateurs d'hôpitaux et les gestionnaires des services de santé qui connaissent le milieu, la population, ses besoins et les services mis à sa disposition.

Certaines provinces ou territoires, analysent la longueur des listes d'attente des services et des établissements et leur degré de crédibilité.

La taille idéale de l'établissement de soins de longue durée a été longuement débattue. Dans le cas d'un établissement autonome, le nombre de lits idéal s'établirait entre 75 et 150. Le nombre varie suivant les types et les niveaux de soins requis, les besoins et les usages locaux, les différences entre la ville et la campagne et l'emplacement géographique. Les Canadiens réclament de plus en plus d'être servis dans leur propre milieu, ce qui mène à la demande de construction d'établissements plus petits.

4.1 Soins à plusieurs niveaux

Dans ce guide, il est question des personnes qui ont besoin de soins de type II et de type III. Ce qui ne veut pas dire que ces personnes devraient nécessairement être séparées d'autres dont les besoins sont moins considérables. Des programmes de soins à divers niveaux, allant du logement pour personnes âgées à la dispensation de soins de type III dans des établissements de soins prolongés, ont été établis dans de nombreux endroits[11]. Le succès des programmes de soins à plusieurs niveaux offerts par un établissement unique ou par des établissements avoisinants plutôt que l'option d'établissements distincts dispensant des soins de niveaux différents, dépend de nombreux facteurs.

Ceux qui optent en faveur du modèle à niveaux multiples dans la planification d'un établissement de soins prolongés devraient en connaître les avantages et les inconvénients.

---

11 Multi-level care facilities: Evaluation of models for Alberta. Rapport final, Volume I. Septembre 1981. Alberta Department of Hospitals and Medical Care, Alberta Housing Corporation, Woods, Gordon, Management Consultants.

Les avantages

- la continuité des soins qui devrait contribuer à réduire les traumatismes causés par les déplacements;

- la préservation de la relation entre époux lorsqu'un des conjoints ont besoin de soins à un niveau différent;

- la possibilité d'adapter les niveaux de services en fonction de modifications temporaires des besoins;

- les économies d'échelle dans les services spécialisés et les services de base;

- la capacité d'offrir des services de soutien;

- la possibilité pour le personnel de changer de milieu de travail.

Les inconvénients

- le risque que le résident devienne plus dépendant lorsqu'il peut facilement obtenir des soins d'un niveau plus élevé;

- le risque que la personne soit portée à se retirer de la vie communautaire lorsqu'elle a accès aux services essentiels dans l'établissement;

- le complexe peut finalement être si vaste qu'il ait les aspects négatifs d'une institution plutôt que les aspects positifs d'un établissement plus petit ressemblant davantage à une résidence.

Les mesures suivantes peuvent être prises pour surmonter ou minimiser les inconvénients:

- une mise en application sélective, c'est-à-dire uniquement dans les communautés et les établissements qui favorisent sans réserve cette façon d'aborder les soins;

- l'ajustement des programmes suivant les ressources et les besoins;

- une planification et une gestion efficaces;

- un système de classification des soins aux résidents;

- l'encouragement maximal de l'indépendance des résidents, particulièrement de ceux qui n'ont besoin que de soins légers;

- le choix judicieux du plan d'aménagement de l'établissement et de son emplacement.

4.2 Planification des installations matérielles

Processus de planification

Le processus de planification[12] comprend les étapes suivantes:

- la proposition: un plan est proposé pour résoudre un problème ou répondre à un besoin; la proposition est soumise au ministère ou au service gouvernemental approprié;

- l'élaboration du plan;

- la programmation: la proposition acceptée se transforme en un plan de construction;

- la construction;

- l'évaluation.

---

12 Voir les lignes directrices provinciales concernant la planification, par exemple, Planning Process for Capital Projects, Alberta Hospitals and Medical Care, 1979.

Emplacement[13]

Il faut consulter un architecte et un ingénieur avant de choisir l'emplacement d'un établissement afin que les questions relatives à la conservation, aux conditions du sol ainsi qu'aux possibilités et aux contraintes liées à l'emplacement soient convenablement analysées. Il faut également tenir compte des possibilités d'expansion selon les besoins prévus.

Bien que le choix entre un édifice à étage unique et un édifice à plusieurs étages soit fonction de nombreux facteurs, l'édifice à étage unique est préférable en ce qui concerne les programmes courants, et facilite l'évacuation en cas d'incendie ou d'autres situations d'urgence.

L'emplacement de l'établissement de soins prolongés influe directement sur l'efficacité de son fonctionnement et sur la qualité de vie des résidents.

Par conséquent, il faut tenir compte des facteurs suivants:

- l'accès à divers services spécialisés comme ceux du dentiste, de l'optométriste ou de l'orthophoniste, si ces services ne sont pas disponibles sur place;

- la proximité d'un hôpital général (particulièrement dans le cas d'un établissement de soins du type III);

- la proximité d'un poste de pompiers;

- l'attrait pour les employés éventuels;

---

13 Pour plus de détails sur l'aménagement et l'utilisation de l'espace et sur les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement, voir la section 9, pp. 86 à 94.

- l'accès à un bon service de transports publics pour les employés, les visiteurs et les résidents;

- la facilité d'accès à des services publics et commerciaux, par exemple des magasins et des restaurants.

5. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

5.1 Rôle et objectifs à court et à long terme

Le rôle et les objectifs à court et à long terme de l'établissement doivent être énoncés clairement dans un document qui devrait être porté à la connaissance du personnel, des résidents et de leur famille, des organismes communautaires et des autres dispensateurs de soins de santé du milieu. Ces objectifs devraient être réexaminés à intervalles réguliers, de préférence une fois l'an, et modifiés au besoin pour refléter l'évolution des besoins de la clientèle et ceux du milieu desservi ainsi que les changements survenus dans le milieu.

Le rôle et les objectifs à court et à long terme doivent être opérationnels et mesurables à l'aide de cibles et de délais précis. Ils doivent:

- répondre aux besoins des résidents;

- définir les rapports entre l'établissement et les autres organismes dispensateurs de soins du milieu, par exemple les hôpitaux de soins actifs;

- être opérationnels et mesurables à l'aide de cibles et de délais explicites;

- au besoin, inclure l'intervention des résidents et de leur famille, le personnel et les représentants des organismes communautaires, dans leur formulation.

5.2 L'organe de direction

Au Canada, les services de soins prolongés sont assurés soit par des organismes privés à but lucratif ou par des corporations publiques à but non lucratif. Dans un système pluraliste du genre, l'organe de direction peut être une corporation, un organisme gouvernemental, une association, un organisme religieux ou philanthropique, un organisme de bienfaisance, ou un propriétaire. Celui-ci est l'autorité suprême de l'établissement qui est chargé, à tous les égards, de son fonctionnement et de son administration.

La création d'un conseil est la formule adoptée le plus couramment dans les établissements de soins prolongés[14].

5.3 Statuts

Chaque établissement doit avoir des statuts assujettis aux lois fédérales et provinciales ainsi qu'aux règlements municipaux. Les statuts sont des règlements qui décrivent la structure et les méthodes établies par le conseil pour diriger le fonctionnement de l'établissement. Les statuts et leur contenu varient d'un établissement à l'autre; toutefois, ils devraient toujours établir les règles de l'administration générale et médicale de l'organisme.

Les statuts relatifs à l'administration générale devraient toucher au moins les points suivants:

- le rôle ainsi que les objectifs à court et à long terme de l'établissement;

---

14 Le lecteur est prié de se reporter à l'Annexe II, pp. 109 et 110, pour plus de détails au sujet de la structure et des fonctions du conseil et de la sélection de ses membres et à l'Annexe III, pp. 111 et 114 pour la question des programmes d'orientation destinés aux membres du conseil.

- la composition, la méthode de sélection des membres et le mandat du conseil d'administration;

- les fonctions et attributions des membres du conseil;

- une définition de l'autorité des fondés de pouvoir;

- la composition et le mandat des comités du conseil et leurs relations hiérarchiques;

- la nécessité de nommer un vérificateur et les pouvoirs qui lui sont dévolus;

- la désignation de l'administrateur et ses fonctions.

Dispensateurs de soins/administration

Il faudrait établir des politiques (et, s'il y a lieu, des règlements) qui régissent la prestation de soins médicaux et d'autres services de santé par les dispensateurs de soins, qu'ils soient ou non des employés de l'établissement.

Ces politiques devraient toucher:

- la conclusion d'ententes pour la prestation des services;

- l'établissement des compétences professionnelles et du statut des dispensateurs de soins;

- l'établissement des droits et des responsabilités des dispensateurs de soins;

- la définition du type de pratiques et de sa portée;

- les règles relatives à la pratique;

- la tenue de dossiers relatifs aux soins fournis aux résidents;

- la fréquence des présences du dispensateur de soins auprès des résidents;

- l'assurance de la disponibilité de service d'urgence;

- l'assurance de la qualité des soins;

- l'autorité des consultants et des conseillers désignés.

5.4 L'administrateur

L'administrateur est chargé de l'ensemble de la gestion opérationnelle et financière de l'établissement. Il participe à toutes les réunions du Conseil ou délègue un représentant et fournit des renseignements et avis au Conseil sur les politiques, les programmes et le personnel nécessaires. Au besoin, l'administrateur peut aussi travailler au sein des comités du Conseil. L'administrateur évalue le personnel de gestion, les programmes en cours et l'efficacité globale de l'établissement. Il entretient de bons rapports professionnels avec les organismes communautaires et les associations professionnelles. Il s'occupe en outre de répondre aux demandes de renseignements ou aux plaintes des résidents ou de leurs proches.

Non seulement l'administrateur doit-il posséder les qualités et les compétences décrites à la section 7.1 de la page 33, mais il doit aussi avoir occupé des postes comportant des responsabilités administratives de plus en plus importantes et manifesté du leadership et des aptitudes à la gestion, notamment des aptitudes à organiser, à établir des liens interpersonnels solides et à résoudre les problèmes. Il doit également pouvoir s'exprimer très clairement de vive voix et par écrit.

Sur le plan de la formation, il doit avoir au moins suivi le cours sur l'organisation et la gestion des programmes de soins prolongés offert par l'Association des hôpitaux du Canada. On exige de plus en

plus souvent que le titulaire d'un tel poste possède un diplôme universitaire reconnu dans le domaine de l'administration des services de santé ou de l'administration des affaires. Son adhésion à des associations et à des groupes qui s'intéressent à la question des soins prolongés est aussi un atout.

5.5 Politiques et procédures[15,16]

Chaque établissement doit élaborer des politiques et des procédures en vue de l'accomplissement de son rôle et de l'atteinte de ses objectifs à court et à long terme. Les politiques et les procédures doivent être approuvées par le Conseil d'administration ou l'administration. Les politiques sont des énoncés de plans d'action; les procédures sont les moyens à prendre pour exécuter ces plans.

Le plan élaboré au départ doit être tel qu'il soit possible d'y apporter des changements et d'effectuer une révision et une mise à jour systématiques à intervalles réguliers. Les politiques et les procédures devraient être réunis dans un manuel mis à la disposition du personnel. Ce manuel sert à déterminer la structure de l'organisation, à favoriser la clarté, l'uniformité, la continuité et un rendement satisfaisant. Il fournit des renseignements importants en matière d'orientation et de formation et sert de référence à propos des activités en cours.

Il existe deux types distincts de manuels de politiques et de procédures. Le manuel administratif renferme des directives générales qui guident les gestionnaires dans les activités quotidiennes de

---

15 Voir également l'Annexe IV, pp. 115 à 119.

16 Un ouvrage utile à consulter pour l'élaboration de manuels de politiques et de procédures est celui de Paula Cryderman intitulé Developing Policy and Procedure Manuals, publié en 1981.

l'organisation. Le manuel de service régit l'exploitation de services particuliers. Ces manuels peuvent être réunis en un seul, selon les besoins de l'établissement.

Des détails et des exemples de chacun ainsi que des politiques et procédures qui conviennent aux établissements de soins prolongés sont présentés à l'Annexe IV, pp. 115 à 119.

Dans les sections qui suivent, il est question des politiques relatives aux questions qui suscitent fréquemment des problèmes dans les établissements de soins prolongés.

5.5.1 Dispositifs de contention

Il faut éviter, dans la mesure du possible, l'emploi des dispositifs de contention. Le Conseil d'administration de l'établissement doit établir des politiques à ce propos. Celles-ci doivent être conformes aux lois et aux règlements provinciaux. Les dispositifs de contention ne devraient être employés que sur l'ordre d'un médecin et cette ordonnance ne devrait être valable que pour un temps limité, par exemple 24 heures. L'attention qu'on porte actuellement à la question de l'emploi des dispositifs de contention dans les établissements de soins prolongés a donné lieu à des travaux de recherche dans ce domaine[17].

---

17 Mitchell-Pedersen et collaborateurs ont démontré qu'il est possible de supprimer presque entièrement l'emploi de dispositifs de contention dans les services hospitaliers de gériatrie sans plus d'accidents graves chez les malades et sans augmentation de la médication calmante.

Voir également Powell C. et Fingerote E., "Freedom from restraint: Consequences of reducing physical restraints in the treatment of elderly persons", Les Annales du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, volume 16, n° 4, juin 1983, page 343.

5.5.2 Curatelle[18]

La curatelle désigne un rapport établi par la loi entre un adulte habile désigné, le curateur, et un incapable. L'adulte incapable est une personne qui souffre d'une déficience mentale importante. Le curateur est donc chargé de veiller aux intérêts de l'adulte incapable. Le tribunal peut nommer un curateur qui s'occupera des besoins actuels et futurs de l'adulte incapable, notamment dans les domaines physiques (médicaux), mentaux, sociaux et professionnels ainsi que de ses besoins en matière de logement, d'éducation et autres besoins personnels (autres que les besoins financiers)[19].

Procédures

L'aptitude du résident à prendre des décisions appropriées relativement à ses besoins personnels, physiques, médicaux et sociaux, à ceux qui ont trait à la pratique d'un métier, à son logement, à son éducation et à d'autres besoins personnels (sauf les besoins financiers), devrait être étudiée avec des membres de l'équipe de soins et de la famille. Si l'on constate que le résident souffre d'une déficience mentale, les parents intéressés doivent faire appel aux services d'un conseiller juridique et engager la procédure de curatelle. Faute de parents intéressés, l'établissement en cause peut présenter une requête pour la désignation d'un curateur public, surtout pour la question du consentement au traitement médical.

---

18 Se reporter à la législation provinciale au sujet des règlements locaux.

19 Voir à la page 29, les renseignements au sujet de la gestion financière.

5.5.3 Maladie intercurrente de courte durée

On peut établir des règles touchant la prestation de soins aux résidents atteints d'une maladie intercurrente de courte durée. Il est préférable pour eux qu'ils puissent être soignés dans l'établissement où ils demeurent.

Le transfert du résident dans un hôpital général peut engendrer des problèmes d'adaptation. La crainte de perdre son lit dans l'établissement de soins prolongés et le fait de se trouver en milieu étranger avec un personnel qu'il ne connaît pas, peuvent entraîner des complications de la maladie, particulièrement chez les personnes âgées qui sont plus vulnérables.

Il faut établir des politiques qui soient en accord avec les règlements provinciaux, au sujet de:

- la désignation de la (des) personne(s) chargée(s) de décider si le résident va être soigné sur place ou transféré;

- la définition des changements qu'il est possible d'apporter dans la composition du personnel pour mieux répondre aux besoins du résident;

- la détermination des lits, de l'espace et des déplacements à effectuer pour répondre aux besoins particuliers du malade, par exemple pour rapprocher son lit du poste d'infirmière;

- la permission d'accorder au malade ou à sa famille la possibilité d'aide aux soins, par exemple, de recourir temporairement aux services d'une infirmière privée.

5.6 Assurance de la qualité

L'assurance de la qualité, c'est l'ensemble des activités menées en vue d'évaluer la qualité des soins dispensés aux résidents. Un programme d'assurance de la qualité devrait permettre d'obtenir l'information

nécessaire pour évaluer la qualité des soins prodigués aux résidents, améliorer les programmes existants, en élaborer de nouveaux s'il en faut, perfectionner les connaissances du personnel et améliorer sa compétence et assurer enfin la meilleure exploitation possible des ressources existantes. Un programme efficace peut aider à déceler les lacunes ou les faiblesses dans la prestation de soins et permettre de définir les besoins en matière de formation. Il peut aussi aider à assurer le respect des normes et des règlements, à améliorer la qualité des rapports de soins établis par le personnel et à remonter le moral du personnel et des résidents.

L'évaluation de la qualité des soins est un élément essentiel du programme. Tout établissement, qu'il soit grand ou petit, devrait avoir un comité d'évaluation. Chaque discipline professionnelle peut procéder à une appréciation ou à une évaluation dans son domaine propre, mais il serait préférable que l'appréciation soit effectuée par une équipe multidisciplinaire qui considère les soins dans leur ensemble.

Ensemble, les membres de l'équipe devraient établir des objectifs ou des critères bien définis, mesurables, souhaitables et en fonction du temps. Ces critères devraient correspondre à des catégories particulières de résidents, par exemple des personnes qui ont des problèmes semblables.

L'évaluation comprend trois aspects qui se retrouvent dans:

- l'évaluation structurale: l'évaluation par les cadres et le personnel, de la structure de l'organisation, des ressources et de l'environnement d'un programme;

- l'évaluation des processus: l'examen des processus de soins;

- l'évaluation des résultats: l'analyse des résultats des soins prodigués.

L'évaluation peut se faire de plusieurs façons: soit par l'observation des soins prodigués par rapport aux besoins du résident en même temps que l'examen de son dossier, soit par l'analyse rétrospective qui sert à apprécier les soins prodigués d'après ce qui est consigné dans le dossier de soins. L'évaluation du service permet de relever les points forts et les points faibles des programmes et des méthodes en vigueur, les points litigieux et la documentation.

Les activités en cours et les comités existants peuvent également faire partie d'un programme d'assurance de la qualité. On peut par exemple examiner et évaluer les titres des médecins et des dentistes et les interventions pratiquées; faire une étude de la morbidité et de la mortalité dans l'établissement; examiner la tenue des dossiers médicaux; les soins prodigués, la question de la sécurité, de la lutte contre les infections, les accidents, les services de pharmacie et le rendement des employés.

Le programme pourrait englober d'autres activités, notamment l'établissement des critères d'admission, la participation du résident et de sa famille au processus de soins lorsque cela est possible, et la vérification de l'existence, pour chaque résident, d'un plan de soins qui corresponde vraiment à sa situation et à ses besoins.

Ce qui garantit l'efficacité d'un programme d'assurance de la qualité dans les établissements de soins prolongés, c'est la participation des dispensateurs de soins aux comités qui jouent un rôle important dans le processus.

5.7 Gestion financière

Budget d'exploitation

Le budget d'exploitation est un outil de gestion élaboré en fonction des revenus et des dépenses habituellement associés à l'exploitation quotidienne de

l'établissement. Le budget d'exploitation est essentiel, quelle que soit la taille de l'établissement, car c'est l'outil qui permet de contrôler les opérations financières.

Dans la plupart des établissements, le directeur général ou l'administrateur doit rendre compte au Conseil d'administration ou au propriétaire des opérations financières de l'établissement. Lorsqu'il s'agit d'établir un budget, l'administrateur peut déléguer ses pouvoirs à un membre du personnel qui possède la compétence nécessaire en matière de finance. Tous les membres de l'organisation devraient savoir à quoi sert un budget, c'est-à-dire qu'il constitue un mécanisme de contrôle de la planification et de la gestion.

Il faut tenir compte de plusieurs facteurs dans la préparation du budget, notamment du programme, des plans ainsi que des priorités et des contraintes financières du Conseil pour l'année. De plus, l'objet du budget et les résultats escomptés doivent être définis. Les dirigeants des départements et des services doivent participer à l'élaboration du budget là où ils sont tenus responsables des dépenses au cours d'un terme d'exploitation.

Budget d'immobilisation

En plus du budget d'exploitation, il faut aussi dresser tous les ans un budget d'immobilisation pour que les dépenses engagées pour les immobilisations, telles que le remplacement et l'amélioration du matériel ou l'agrandissement de l'édifice, soient fondées sur un programme soigneusement planifié. Il faut établir un ordre de priorité des demandes de capital, vu que les capitaux sont souvent restreints. Il faut intégrer un plan budgétaire triennal ou quinquennal relatif aux immobilisations dans un plan à long terme d'achat et d'élimination des biens d'équipement aussi bien que d'entretien et de rénovation des installations matérielles.

Vérification externe

Chaque établissement doit faire appel aux services d'un vérificateur externe en vue de la révision des systèmes de contrôle interne des finances de l'organisation. Cela pour s'assurer que les registres comptables soient fiables et contiennent suffisamment de données pour l'établissement du rapport financier et qu'il en soit rendu compte adéquatement dans les rapports financiers.

Argent personnel des bénéficiaires

Il faut établir avec soin des politiques et des procédures pour protéger les intérêts financiers personnels des résidents. Cela doit être fait en collaboration avec le conseiller juridique de l'établissement, les vérificateurs et, s'il y a lieu, le représentant légal des résidents. L'évaluation de la capacité des résidents de gérer leurs propres affaires doit être faite en conformité avec les lois provinciales de santé. Il faut chercher à obtenir l'avis d'un homme de loi pour les questions telles que l'octroi d'une procuration ou l'administration fiduciaire.

6. DOTATION EN PERSONNEL

Lorsqu'il existe des normes provinciales en matière de dotation en personnel pour les établissements de soins prolongés, elles doivent être appliquées dans le calcul du nombre et des catégories d'employés nécessaires.

Comme il est indiqué dans le préambule de ce guide:

- Un établissement de soins du type II devra être doté du personnel nécessaire pour que les bénéficiaires puissent compter, 24 heures par jour, sur des soins personnels dispensés sous la surveillance de médecins et d'infirmières ainsi que sur les services nécessaires pour combler les besoins psychologiques et sociaux.

- Un établissement de soins du type III devra être doté du personnel nécessaire à la prestation de services thérapeutiques, d'interventions médicales et de soins infirmiers expérimentés, de même que les services nécessaires aux besoins psychologiques et sociaux des résidents. On trouvera sous la rubrique de chacun des services décrits aux pages 37 à 86 des renseignements supplémentaires sur leurs besoins individuels en matière de dotation.

Le nombre et les catégories d'employés affectés aux soins des résidents souffrant de troubles mentaux seront fonction du nombre de ces malades, de la formation et des qualifications du personnel disponible et de l'aménagement de l'établissement. Lorsqu'un malade est agité, il a davantage besoin d'être surveillé de près par le personnel. Il sera beaucoup plus calme si un employé expérimenté sait comment s'y prendre avec lui.

6.1 Orientation

Il faut établir un programme d'orientation[20] qui s'adresse à tous les nouveaux employés et, à l'intérieur de celui-ci, des sous-programmes destinés aux nouveaux employés de chaque département. Ce programme aide le personnel à se familiariser avec ses tâches de même qu'avec l'esprit de l'établissement, ses objectifs, ses politiques, ses procédures, ses employés et ses résidents. Il doit avoir l'endossement du personnel de cadre et des surveillants pour son développement et sa mise en application.

---

20 Les composantes de ce programme sont présentées à l'Annexe III, pp. 111 à 114.

7. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

7.1 Généralités

À cause de la longue durée de séjour des résidents, divers employés entrent en relation directe avec eux. Le personnel doit être choisi en fonction de sa compréhension des besoins particuliers des personnes âgées et des handicapés et de son respect de la dignité et de la valeur de la personne humaine. Les employés doivent être capables de travailler efficacement au sein d'une équipe consacrée aux besoins des résidents, selon le plan de soins établi pour chacun.

7.2 Formation de base

Les exigences en matière de formation pour plusieurs disciplines sont énoncées dans les services décrits aux pages 36 à 86. Toutefois, comme il a été dit précédemment, les règlements devraient prévoir la définition des qualifications exigées et du statut des dispensateurs de soins. (Voir page 22).

7.2.1 Postes de surveillance et de commandement

Si l'on compare les établissements de soins prolongés aux hôpitaux de soins actifs, on constate que, dans ces derniers, le personnel non professionnel est beaucoup plus nombreux que le personnel professionnel. Cela signifie que la plupart des professionnels doivent assurer un niveau plus élevé d'encadrement. Lorsqu'il s'agit de choisir des employés pour combler des postes de surveillance ou d'encadrement, il faut tenir compte des facteurs supplémentaires suivants:

- les candidats doivent avoir terminé avec succès des cours de formation en matière de gestion;

- ils doivent avoir de l'expérience en matière de leadership et de surveillance;

- leurs attitudes à l'égard du leadership.

7.2.2 Formation en cours d'emploi

Ce sont les chefs de service qui (de concert avec le Département du personnel, s'il y a lieu) sont chargés de concevoir et d'appliquer le programme de formation en cours d'emploi pour leurs employés qui n'ont pas besoin, au départ, de posséder des compétences particulières pour remplir leurs fonctions. Est considérée comme élément essentiel d'un programme de formation en cours d'emploi la description détaillée de "la façon de s'y prendre" pour accomplir chaque tâche prévue dans le cadre des fonctions d'un employé. Même si l'on admet que l'employé peut apprendre par l'exemple, chaque nouvel employé doit être formé par une personne autorisée.

7.3 Formation continue[21]

7.3.1 Programme de perfectionnement du personnel

Il faut établir un programme de perfectionnement du personnel et affecter des crédits budgétaires à cette fin. Le programme doit prévoir la formation en cours d'emploi ainsi que des mesures visant à encourager le personnel à prendre part aux ateliers et aux programmes de formation dans leurs domaines respectifs, en plus de l'évaluation et de l'appréciation du rendement des employés. Le programme de perfectionnement efficace favorisera la croissance et le perfectionnement personnel et professionnel des employés et contribuera à retenir ceux qui ont des aptitudes évidentes à assumer des responsabilités plus grandes, mais qui n'ont pas les connaissances et la compétence nécessaires.

---

21 Pour obtenir des renseignements supplémentaires au sujet des programmes d'éducation, veuillez vous reporter aux pp. 53 à 55.

7.3.2 Programme de formation en cours d'emploi

Le programme de formation en cours d'emploi devrait être conçu et structuré de façon à répondre aux besoins présents et futurs de tous les nouveaux employés. La direction du programme devrait être confiée à un membre du personnel qui possède l'expérience et la formation nécessaires. Il faut en définir les objectifs, le contenu et les techniques d'évaluation. Tous les employés doivent être invités à faire des suggestions dont on pourra tenir compte dans la sélection du contenu du programme.

7.3.3 Programme d'évaluation du rendement et d'appréciation des employés

Il faut examiner et apprécier le rendement de tous les employés à intervalles réguliers. Ce processus permet de relever les points forts et les points faibles du rendement de l'employé, de définir ses besoins en matière d'apprentissage et de formation et de connaître ses ambitions de carrière et ses possibilités d'avancement. Cet échange d'information continu permet également d'améliorer la communication entre le surveillant et l'employé. L'employé qui n'est pas satisfait d'un rapport d'évaluation doit avoir la possibilité de faire appel.

7.3.4 Étudiants

Des étudiants de diverses disciplines peuvent être appelés à faire un stage en milieu de soins prolongés. Pour qu'ils puissent profiter de cette précieuse expérience, il faut leur permettre de participer aux activités quotidiennes de l'établissement. À cause des liens d'habitude qui existe entre résidents et personnel en place, cela ne sera pas toujours facile à réaliser. Toutefois, il ne faudrait pas oublier que de nouveaux visages et de nouvelles idées sont susceptibles de bénéficier aux résidents. Les étudiants doivent participer au programme d'orientation. Une

personne responsable doit s'occuper de les renseigner et de les surveiller. Il devrait exister une entente d'affiliation entre l'établissement de soins prolongés et l'établissement d'enseignement qui parraine les stages.

8. SERVICES ET PROGRAMMES

Les services et les programmes des établissements de soins prolongés doivent être axés sur la promotion de la santé et de l'autonomie et sur la prévention de la maladie et de l'incapacité physique et mentale. Toute décision relative aux services et aux programmes dont un résident aura besoin doit être fondée sur les résultats de l'évaluation coordonnée de son état de santé[22].

Une vaste gamme de services et programmes est décrite dans la prochaine section. Certains d'entre eux, tels les soins infirmiers, seront dispensés dans les établissements de soins des types II et III. D'autres, comme la physiothérapie, feront possiblement partie des services thérapeutiques offerts seulement dans les établissements du type III. Dans certaines régions, les services pourraient être dispensés sur demande ou offerts par des professionnels à temps partiel. Par exemple, l'orthophoniste qui passe une journée par semaine dans un établissement. Ailleurs, les résidents seront emmenés dans un grand centre pour y recevoir des services à court terme, des services de diagnostic, par exemple.

La gamme des services et des programmes offerts par un établissement particulier sera fonction de nombreux facteurs tels que les politiques gouvernementales, les mécanismes de financement, les besoins locaux et la politique de l'établissement. Quand on

---

22 Voir la section II, pp. 7 à 11.

cherche un centre d'hébergement pour un adulte dont l'état requiert des soins prolongés, il faut en choisir un qui puisse répondre au plus grand nombre possible.

Il faut aider le résident à conserver le plus longtemps possible ses habitudes de vie, ses activités et les rapports sociaux qu'il avait avant son admission, de préférence avec la participation de son conjoint ou d'autres membres de la famille.

Dans les directives qui suivent au sujet des services et des programmes, il sera d'abord question des services médicaux et des services infirmiers. Les autres services sont énumérés par ordre alphabétique et non par ordre de priorité.

8.1 Services médicaux et services de soins dentaires

Il faut que soient entrepris dès que possible les traitements recommandés lors du processus d'évaluation[23]. De cette manière, les causes réversibles des troubles physiques, mentaux et affectifs pourront être éliminées et cela permettra au malade de recevoir à domicile les soins appropriés.

Le médecin traitant doit faire partie de l'équipe interdisciplinaire qui procède à l'évaluation, car il est fréquemment le seul professionnel de la santé qui ait aidé la personne en cause pendant un temps assez long. En cas de doute au sujet du diagnostic ou du pronostic, une évaluation plus poussée peut être requise. Par exemple, l'évaluation du cas d'une personne âgée par un service de gériatrie peut aboutir à l'établissement d'un diagnostic et au traitement du malade en externe, ce qui est plus économique et efficace. La nécessité d'admettre le malade dans un établissement peut ainsi être retardée.

---

23 Voir la section II, pp. 7 à 11.

Si le processus d'évaluation se déroule de la manière recommandée, on suppose que l'établissement d'accueil n'accepte que les malades qui ont vraiment besoin d'y être admis. Certaines personnes seront admises parce que les soins en établissement peuvent freiner le processus de dégradation de leur santé dont elles sont menacées si elles poursuivent trop longtemps une lutte peu réaliste pour conserver leur autonomie.

Continuité des soins

Après son admission, chaque résident devrait être confié aux soins d'un médecin désigné. Il arrive souvent que ce soit son médecin de famille. Toutefois, en raison de certains facteurs comme les politiques du Conseil, la distance qui sépare l'établissement du cabinet du médecin de famille ou la difficulté qu'a le médecin de se rendre à l'établissement à intervalles réguliers, il peut être préférable de confier le malade aux soins d'un autre médecin. En pareil cas, les résidents et leur famille devraient avoir la possibilité de choisir le médecin.

Il faudrait inciter les médecins qui exercent dans des grandes agglomérations urbaines à ne soigner des malades que dans quelques établissements, de sorte qu'ils puissent se rendre plus facilement auprès d'eux. Les médecins devraient visiter leurs malades à intervalles réguliers et à une heure convenable, habituellement en semaine, de sorte qu'ils puissent rencontrer le personnel infirmier régulier et les autres employés qui s'occupent quotidiennement du résident.

Les médecins sont tenus de répondre aux urgences ou de prendre les dispositions nécessaires pour leur remplacement. Les résidents des établissements de soins prolongés devraient avoir facilement accès à des services médicaux spécialisés tels que psychiatrie, physiatrie, chirurgie, ophtalmologie et otorhinolaryngologie, en cas de besoin. Il faudra que certains spécialistes se rendent sur place lorsque les résidents ne peuvent se déplacer.

Certains services spécialisés sont requis de façon plus régulière. Les médecins qui ont un talent reconnu pour soigner les personnes âgées et les consultants qui ont de l'expérience en psychiatrie et en gériatrie en particulier, peuvent contribuer efficacement au traitement des personnes âgées. Ces médecins devraient être invités à fournir des services de consultation à l'établissement et à servir de personnes ressources auprès des membres du personnel. Lorsque ces médecins sont employés pour des périodes fixes, ils participent à d'autres activités en plus de la consultation médicale, notamment aux questions de relations interpersonnelles, de formation du personnel en cours d'emploi, de dépistage et de recherche, selon les besoins.

Un médecin compétent en gériatrie ou un groupe de médecins intéressés serait en mesure de fournir conseils et avis aux responsables de l'administration dans l'élaboration des politiques de soins de l'établissement. Ces personnes pourraient participer à l'élaboration des politiques et au perfectionnement des méthodes dans des domaines tels que la qualité des soins médicaux, la lutte contre les infections, les urgences ou la prévention des accidents.

Installations matérielles

L'examen en vue du diagnostic de la maladie dont souffre un résident est souvent difficile ou incomplet lorsque le médecin doit le pratiquer dans la chambre du malade. Il faut donc une salle d'examen et de traitement dotée, au minimum, d'un bon éclairage, d'un divan d'examen réglé à hauteur convenable pour une personne handicapée et les instruments nécessaires pour effectuer l'examen et accomplir des tâches simples comme l'irrigation du conduit auditif, les examens gynécologiques, les pansements, les examens de la vue et les soins des pieds.

8.1.1 Services de soins dentaires

Bon nombre de facteurs influent sur la santé buccale des résidents. Une mauvaise psychomotricité rend

une personne moins apte à s'occuper de son hygiène buccale. La mauvaise alimentation et les affections cardio-vasculaires et circulatoires ou encore, l'arthrite sont des sources de problèmes de santé buccale. L'absence des dents, les prothèses mal ajustées et la difficulté à mastiquer contribuent à la perte du respect de soi et à l'insuffisance alimentaire.

L'évaluation de l'état de santé buccale devrait faire partie du processus d'évaluation initial. Un dentiste autorisé à exercer doit effectuer l'examen, le traitement et le rappel périodique et donner au malade des instructions au sujet de son hygiène buccale. Il faut établir un plan quotidien d'hygiène buccale dans le cadre du plan global de soins, et ce plan doit inclure les renseignements à donner au malade sur la prophylaxie et l'hygiène buccale. Le personnel doit surveiller régulièrement les résidents pour s'assurer qu'ils sont capables de s'occuper de leur propre hygiène buccale, et les aider au besoin. Il devrait être question de l'hygiène buccale dans le programme de formation du personnel. Les professionnels responsables, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionnistes, doivent être invités à inscrire au dossier du résident tout problème d'hygiène dentaire qu'ils ont constaté. Les soins dentaires peuvent être fournis par des dentistes soit sur place, soit à leur cabinet privé. L'administration doit accorder une autorisation d'exercer au dentiste qui traite ses patients dans les locaux de l'hôpital. Il importe que les dentistes tiennent les médecins et les familles des résidents au courant de la nécessité éventuelle d'un transfert en vue de soins dentaires spécialisés.

Lorsqu'il existe un service de soins dentaires dans l'établissement, le matériel nécessaire comprend généralement une chaise dentaire (hydraulique ou électrique), une source d'éclairage mobile et un appareil de radiographie. Ce matériel de base permettra au dentiste d'examiner et d'évaluer les malades qui ne peuvent se rendre dans des cliniques. On y fera des examens et des radiographies

en plus de divers travaux de denturologie. Étant donné les problèmes médicaux multiples de certains malades, il importe que l'établissement soit doté d'un service bien équipé pour parer à toute urgence médicale qui pourrait survenir. Pour des services tels que les traitements périodontiques, la chirurgie dentaire et la chirurgie restauratrice, il faut acheminer les malades à des spécialistes de l'extérieur.

8.2 Services de soins infirmiers

Dans un établissement de soins prolongés, les rapports quotidiens entre l'infirmière et le résident sont assez intimes pour qu'elle connaisse et comprenne ses besoins. Elle est donc bien placée pour l'aider à avoir un mode de vie qui lui procurera autant de satisfaction possible en s'adaptant de façon réaliste à la maladie, à l'invalidité ou au vieillissement.

Comme elle a des rapports quotidiens avec le résident et sa famille, l'infirmière est en position d'intégrer leur participation au plan global de soins ou de parler en leur nom au besoin. L'infirmière qui a la formation et l'expérience nécessaires est à même de coordonner le plan global de soins[24].

Organisation

La philosophie et les objectifs des services de soins infirmiers doivent refléter ceux de l'établissement et s'accorder avec les normes reconnues en matière de soins infirmiers. Ce service a pour principale fonction d'estimer, de planifier, de mettre en application et d'évaluer le programme de soins des résidents. Pour les besoins de ce guide, le service de soins infirmiers comprend toutes les catégories de personnel infirmier de l'établissement dédié aux soins infirmiers et à d'autres soins aux résidents.

---

24 Voir page 14.

Dotation en personnel

Comme les services de soins infirmiers jouent un rôle fondamental dans la planification, la prestation et l'évaluation des soins de l'établissement de soins prolongés, l'attitude et les convictions du personnel infirmier ont une incidence directe sur la qualité des soins prodigués. Il faut tenir compte des directives données dans la section sur la dotation en personnel et les heures de travail pour recruter et maintenir un personnel adéquat et compétent[25].

Pour juger du personnel nécessaire à un service, on peut se fonder sur un système de classification des résidents qui corresponde à la taille et au type de l'établissement ou sur les directives provinciales en cette matière. Quel que soit le système employé, il devrait comporter des éléments propres à répondre à l'ensemble des besoins des résidents. La composition du personnel et les horaires de travail devraient être fonction du nombre d'employés de divers niveaux requis pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins infirmiers. Il faudrait aussi faire en sorte que le personnel compte un nombre adéquat d'employés venant de divers milieux ethniques et culturels.

Les services de soins infirmiers devraient être dirigés par une personne qui fasse partie des cadres administratifs supérieurs de l'établissement. Le directeur est chargé de veiller à la qualité des soins infirmiers et au recrutement du personnel.

Le directeur s'occupe de l'organisation, de la gestion et de la dotation en personnel et assure la qualité des soins infirmiers et le perfectionnement continu du personnel infirmier. Le directeur doit être une personne autorisée à pratiquer dans la province où il exerce ses fonctions et devrait, de préférence, être titulaire d'un baccalauréat en nursing. Il doit avoir au moins trois ans d'expérience récente en soins

---

25 Voir les pages 33 à 36.

infirmiers et particulièrement dans le domaine des soins prolongés; il doit en outre avoir exercé des fonctions de gestion pendant au moins un an et être au courant des normes actuelles et des méthodes de soins infirmiers.

Les infirmières autorisées (infirmiers autorisés) relèvent du directeur des soins infirmiers et travaillent en étroite collaboration avec lui et d'autres membres de l'équipe de soins. Elles (ils) peuvent dispenser elles-mêmes (eux-mêmes) des soins ou surveiller les soins prodigués par d'autres. Il doit y avoir en tout temps au moins une infirmière (un infirmier) autorisée (autorisé) de service dans l'établissement. Les infirmières autorisées doivent être inscrites au tableau de l'ordre des infirmières et des infirmiers de la province dans laquelle elles exercent leur profession et doivent être au fait des normes actuelles et des méthodes de soins infirmiers. Elles (ils) doivent en outre avoir acquis de l'expérience dans un établissement de soins prolongés.

Les infirmiers(ères) auxiliaires qualifiés(es) prodiguent des soins infirmiers à titre de membre de l'équipe interdisciplinaire sous la direction de l'infirmier(e) autorisé(e) ou du directeur (de la directrice) des soins infirmiers et peuvent surveiller les soins prodigués par d'autres membres du personnel infirmier. Ils (elles) doivent être inscrits (inscrites) au tableau de l'organisme chargé d'autoriser l'exercice de leur profession ou être titulaires d'un permis délivré par un organisme responsable dans la province où ils (elles) travaillent. Il est souhaitable qu'ils (qu'elles) aient acquis de l'expérience dans un établissement de soins prolongés.

Les aides infirmiers (infirmières) prodiguent des soins personnels sous la surveillance d'un membre autorisé ou qualifié du personnel infirmier. Il est souhaitable que ces employés aient suivi un cours d'aide soignant(e) sanctionné par un certificat et

qu'ils (qu'elles) aient acquis de l'expérience dans un établissement de soins prolongés. Si les aides infirmiers (infirmières) recrutées n'ont aucune formation préalable, il faudra leur assurer une formation "en cours d'emploi"[26].

8.3 Activités et divertissements

Les activités et les divertissements des résidents doivent être fonction de leurs besoins en vue de conserver ou d'augmenter leurs capacités physiques, intellectuelles, affectives et sociales. Lorsqu'ils sont bien menés, les programmes d'activités et de divertissement sont des instruments susceptibles d'aider le résident à acquérir le sentiment d'avoir accompli quelque chose, de le stimuler, de lui donner l'impression d'être accepté et d'avoir réussi, de le valoriser et de lui conférer une image positive de lui-même en plus de lui procurer du plaisir.

Organisation

Le programme devrait être dirigé par un coordonnateur des activités, secondé au besoin par des adjoints, en fonction:

- du nombre des résidents;
- de leurs niveaux de capacité fonctionnelle et de leurs besoins particuliers;
- des types d'activités nécessaires pour combler ces besoins;
- de la disponibilité de bénévoles entraînés.

Il faut, au besoin, demander les conseils des responsables des services de physiothérapie, d'ergothérapie, de musicothérapie et de bibliothèque.

---

26 Voir la section 7.2.2 page 34.

Dotation en personnel

Le coordonnateur doit être un spécialiste en animation ou une personne de formation semblable. En plus de ce qui est requis de tout le personnel, cette personne doit posséder des connaissances en psychologie et en sociologie du comportement humain et un talent manifeste pour la création d'activités et la coordination des ressources en vue de répondre aux besoins particuliers de chacun des résidents.

Programmes

Au cours du processus d'évaluation du résident et de l'élaboration de son plan de soins, on déterminera ses besoins en matière d'activités et de divertissements avec sa collaboration et, s'il y a lieu, celle de sa famille. Au moment de choisir les activités et les divertissements appropriés, on tiendra compte:

a) des préférences exprimées par celui-ci;

b) des facteurs tels que:

- son bagage culturel;
- sa capacité de communiquer (de personne à personne et en groupe);
- son niveau d'adaptation;
- son humeur, son amour-propre;
- son comportement;
- ce qui l'intéresse et ses limitations.

Il faut procéder à une évaluation à intervalles réguliers pour que les besoins et les désirs des résidents soient satisfaits.

Si les activités[27] doivent viser à conserver et à augmenter les aptitudes intellectuelles, affectives et sociales des résidents, il faudra néanmoins concevoir les programmes de façon à fournir des occasions d'activités individuelles, d'activités en petits groupes et en groupe plus important de même que des activités d'ensemble. L'interaction des programmes thérapeutiques tels que les thérapies d'affrontement au réel, de motivation et de validation, avec les programmes d'activités est essentielle pour assurer la continuité des soins.

Les activités peuvent émaner d'occasions spéciales telles que les anniversaires, de célébrations saisonnières telles que le festival du printemps ou de thèmes particuliers tels qu'un festival de musique traditionnelle.

Participation de la famille et des bénévoles

Comme pour bien d'autres aspects de la vie au sein de l'établissement, la participation des membres de la famille et des bénévoles[28] aux activités et aux programmes récréatifs donne aux résidents un sentiment d'appartenance à la communauté.

---

27 Voir à l'Annexe VI, pp. 125 à 127 un modèle de liste d'activités possibles.

28 Voir également à la section 8.21 les programmes offerts par des bénévoles, pp. 83 à 86.

Exigences en matière de locaux[29]

Il faut prévoir une salle polyvalente munie d'espaces de rangement suffisants et de cloisons mobiles, et aménagée en fonction du nombre de résidents pour diverses activités de groupes plus ou moins nombreux. Il faut également un coin cuisine accessible aux malades en fauteuil roulant.

On doit aussi prévoir une aire extérieure protégée et accessible à tous les résidents, même ceux qui sont désorientés.

Matériel

Le matériel requis sera fonction des activités offertes pour répondre aux besoins individuels des résidents.

8.4 Services de support diagnostique

Les résidents doivent avoir à leur disposition les services de diagnostic qu'exige leur état, sans être indûment traumatisés. Il s'agit surtout des services de laboratoire et des services de diagnostic en radiologie, en médecine nucléaire, en tomodensitométrie, en ultrasonographie (échographie) et en électrocardiographie.

---

29 Voir en outre les directives relatives aux locaux réservés aux malades, à la récréation et aux activités aux sections 9.2 et 9.3, pp. 87 et 88.

Voir également le document intitulé: Méthodes d'évaluation et d'aménagement de l'espace, Division de la planification des établissements sanitaires, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. (Bien que ces normes aient été élaborées pour les établissements de soins actifs, certains principes s'appliquent également aux établissements de soins prolongés.)

D'ordinaire, ces services ne sont pas disponibles dans l'établissement même. Ils sont fournis selon l'une des deux modalités suivantes:

- soit à l'aide de matériel portatif apporté à l'établissement;

- soit obtenus de l'extérieur, (par exemple lorsqu'on fait faire des analyses dans un laboratoire), soit que le malade soit acheminé à un hôpital de soins actifs, à un laboratoire privé ou à un autre établissement qui offre ces services.

Le personnel qui fournit ces services doit posséder les qualifications nécessaires et se conformer aux lois provinciales et fédérales applicables auxdits services. Tout le matériel spécialisé utilisé doit être soumis à l'inspection, aux essais et à la surveillance conformes aux normes fédérales, provinciales ou professionnelles. Ce matériel doit être installé dans des endroits sûrs conformément aux règlements de sécurité qui s'appliquent. Les directives au sujet de l'utilisation de ces services, les techniques de prélèvement et l'acheminement des échantillons pour analyses doivent être explicites et claires.

Les résultats des analyses et des examens des résidents doivent être disponibles dans des délais raisonnables.

8.5 Services de diététique[30]

Les services de diététique et la nutrition jouent un rôle clé dans le bien-être des résidents.

---

30 Pour une description complète des services de diététique en général, se reporter au document intitulé: Guide du service de diététique dans des petits établissements de santé, 1981, Direction des services de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Ontario.

Le service de diététique a pour objectif de fournir un service d'alimentation qui aidera à améliorer ou à conserver la santé du résident tout en lui apportant toute la satisfaction possible.

Le service devrait avoir comme objectif d'offrir des aliments nourrissants, de très bonne qualité et en quantité suffisante, qui plaisent aux résidents et répondent à leurs besoins, et cela, dans une ambiance qui fera de leurs repas, une expérience agréable.

8.5.1 Organisation

Planification nécessaire pour répondre aux besoins de chacun

- Le régime alimentaire consigné par écrit doit être préparé en collaboration avec le résident et faire partie du plan global de soins. Il faut tenir compte de son appétit, de ses goûts et de ses aversions, de ses habitudes alimentaires, de son ethnie et des prescriptions du médecin.

- Il est nécessaire que le personnel des services de diététique rencontre régulièrement le résident.

- Le régime doit être évalué à intervalles réguliers, de même qu'à la demande du résident ou du personnel. Il faut aussi surveiller et noter régulièrement si le résident mange bien pour s'assurer que ses besoins alimentaires sont satisfaits et que les repas qu'on lui offre lui plaisent.

- Il faut examiner fréquemment les diètes prescrites avec le personnel médical.

- Il est souhaitable d'offrir aux résidents un choix de menus ou un service de style cafétéria, pour qu'ils puissent choisir eux-mêmes ce qu'ils désirent. Il faut surveiller les malades de près pour s'assurer que les aliments qu'ils consomment répondent à leurs besoins alimentaires.

Heures des repas

- L'heure des repas et des collations devrait, dans la mesure du possible, coïncider avec l'heure normale des repas pour l'ensemble des résidents et du milieu.

- Il ne devrait pas s'écouler plus de 14 heures entre le repas du soir et le petit déjeuner.

- Un horaire souple pour les repas, c'est-à-dire un choix de plusieurs services, permet aux résidents de conserver une certaine liberté.

Planification des menus

- On recommande d'établir des menus conformes au Guide alimentaire canadien, pour des périodes de 4 à 6 semaines.

- Les menus doivent être modifiés au rythme des saisons pour tirer le meilleur parti possible des coûts et des inventaires, et pour rompre la monotonie des menus de courtes périodes.

- Bien que la plupart des résidents préfèrent s'en tenir à leurs mets favoris, il est bon d'introduire, de temps à autre, de nouveaux aliments pour rompre la monotonie et apporter des changements de routine.

- Chaque occasion spéciale devrait servir de prétexte à une fête où l'on offre les mets qui conviennent à l'occasion.

- Les collations sont souvent le clou de la journée pour les résidents. Il est donc nécessaire de bien les planifier pour s'assurer que l'apport énergétique et l'apport quotidien d'éléments nutritifs soient bien équilibrés.

- Dans le cas des régimes thérapeutiques, le manuel des régimes alimentaires autorisé par le conseil

des médecins permettra de composer des menus qui assurent la continuité du régime prescrit et la consommation des aliments permis.

Dotation en personnel

Selon sa taille, l'établissement devrait compter sur les services d'un(e) diététiste ou d'un(e) nutritionniste diplômé(e) soit en consultation, soit à temps partiel ou à temps partagé avec d'autres services. La personne responsable du service devrait avoir la formation et l'expérience nécessaires en matière de soins prolongés, car les problèmes, les situations et les méthodes d'approche sont particuliers à ce milieu.

Le service doit compter un nombre suffisant d'employés et leur horaire de travail doit être établi de façon qu'ils répondent le mieux possible aux besoins des résidents.

Les programmes éducatifs qui font partie de la routine courante et la documentation disponible aideront le personnel à appliquer les principes d'hygiène dans la manipulation des aliments et à améliorer leurs connaissances en matière de nutrition et à l'égard d'autres aspects du service alimentaire.

8.5.2 Préparation et manipulation des aliments[31]

On croit que le goût et l'odorat s'émoussent au cours de la vieillesse. Dans la mesure du possible, il faudrait que les aliments soient de consistance normale. Ils ne devraient être hachés ou mis en purée que lorsque l'état du malade l'exige. Les repas doivent être appétissants, servis à la température qui convient et les aliments devraient être bien assaisonnés. Il faut utiliser des recettes normalisées pour assurer l'uniformité de la qualité des repas et limiter les coûts.

---

31 Se reporter à la section sur la lutte contre l'infection, pp. 58 à 59 et la note infrapaginale sur la manipulation des aliments, p. 98.

Les procédés de lutte contre l'infection et les techniques de manipulation hygiénique des aliments doivent être observés en tout temps. Il ne faut jamais employer de vaisselle ébréchée ou dont la glaçure est usée.

8.5.3 Interaction des aliments et des médicaments

Il existe maintenant une quantité considérable de renseignements sur l'interaction des aliments et des médicaments. Certains médicaments peuvent agir sur la façon dont l'organisme absorbe les aliments, tout comme certains aliments peuvent influer sur la façon dont le médicament réagit dans l'organisme. Les réserves d'éléments nutritifs s'appauvrissent progressivement et les personnes qui prennent des médicaments pendant de longues périodes devraient être surveillées car des interactions entre aliments et médicaments peuvent entraîner des carences, particulièrement chez les enfants, les personnes âgées, les malades chroniques et les personnes mal alimentées.

8.5.4 Couverts et heures des repas[32]

Il faudrait que les tables soient bien dressées et qu'on évite d'utiliser des pièces de vaisselle dépareillées. On doit éviter de laisser les services de condiments en permanence sur les tables de la salle à manger: cela ne fait que rendre la table moins attrayante. Les ustensiles appropriés et autres auxiliaires pour personnes handicapées doivent être disponibles. Cependant, avant de recourir à ces mesures spéciales, il est préférable de chercher à savoir si la personne handicapée peut se servir de vaisselle et d'ustensiles ordinaires. Avant d'acheter la vaisselle, il faudrait tenir compte en particulier de

---

[32] Pour plus de renseignements au sujet des locaux réservés aux repas, se reporter à p. 89.

son poids et de sa forme. Par exemple, le poids d'une tasse et la forme de l'anse agissent sur le contrôle que peut exercer la personne qui l'utilise.

Les repas doivent constituer une expérience positive. Autant que possible, les personnes qui partagent la même table doivent bien s'entendre. En outre, il est bien d'éviter les lumières éblouissantes et les réflexions dans la salle à manger tout en assurant un bon éclairage. Les plateaux et les bavoirs ne devraient être employés que lorsque la chose est nécessaire et avec discrétion. Lorsque les repas ne sont pas agréables, les résidents sont susceptibles de critiquer la qualité des aliments plutôt que la cause du problème.

Les résidents devraient pouvoir s'asseoir à l'endroit qui leur plaît quand cela est possible. Il doit exister un plan de la salle à manger sur lequel la place de chacun est indiquée et dont on peut effacer facilement les noms sans qu'il devienne désordonné. Les fiches de régime et les noms des résidents ne doivent pas être placés sur les tables.

Le personnel peut profiter de l'heure des repas pour s'asseoir avec les résidents et animer la conversation. Ce geste favorise la création d'une ambiance familiale et aide les résidents à demeurer sociables.

8.6 Programmes d'éducation

Les programmes d'éducation des établissements de soins prolongés doivent s'adresser aux résidents, au personnel et à toute autre personne qui participe aux activités de l'établissement. Au sens plus large, le milieu doit être bien informé des objectifs, des programmes et des services ainsi que des niveaux de soins que celui-ci dispense.

Les renseignements disponibles aux enseignants et aux stagiaires doivent décrire la nature des invalidités qui requièrent des soins et les divers services thérapeutiques offerts. Les programmes d'éducation et de formation qui s'adressent particulièrement au

personnel ont été abordés aux pages 36 à 86. Il en est également question, à l'occasion, à propos de chacun des services.

Programmes d'éducation à l'intention des résidents

Étant donné qu'il peut y avoir des gens de tous âges et en raison du grand nombre de problèmes médicaux dont ils peuvent souffrir, leurs besoins en matière de programmes d'éducation sont susceptibles de varier considérablement dans l'ensemble du secteur des soins prolongés. Il faut évaluer les besoins et les capacités des résidents au moment de l'admission et en tenir compte dans l'établissement du plan de soins. Il faut procéder à une réévaluation à intervalles réguliers afin de prévoir l'évolution des besoins et de tirer le meilleur parti possible des ressources communautaires.

Il se peut que certains jeunes résidents doivent fréquenter des écoles et des collèges. Certains peuvent même être intégrés au réseau scolaire normal. Il est bon pour les jeunes résidents de continuer de se diriger vers la carrière qu'ils avaient choisie, dans la mesure où leur santé le permet. Les personnes qui doivent modifier leur choix de carrière en raison d'une invalidité peuvent avoir besoin d'un vaste programme de formation intégré à leur plan de traitement. Chaque établissement de soins prolongés devra travailler en collaboration avec les établissements d'enseignement appropriés pour élaborer un plan global de soins qui réponde à tous les besoins de la personne. Les questions du transport, les soins personnels dont un étudiant a besoin et d'autres facteurs influent sur la capacité des maisons d'enseignement d'accueillir certains résidents.

Un nombre croissant de personnes âgées bien portantes suivent divers cours de niveau postsecondaire pour enrichir leur existence. De plus en plus, les établissements d'enseignement offrent des cours et des programmes conçus spécialement pour les personnes âgées et, dans certaines localités, ces cours sont

offerts dans des locaux de l'établissement de soins prolongés. Cela encourage les résidents à participer et à améliorer leurs rapports avec le milieu.

Les aptitudes particulières des résidents ne doivent pas être négligées. Si l'un d'eux a des connaissances particulières dans un domaine, peut-être pourrait-il enseigner cette matière à d'autres résidents ou à d'autres personnes du milieu? Par exemple, un ancien enseignant pourrait souhaiter mettre ses connaissances à profit et en faire bénéficier certains enfants de la communauté qui viendraient au centre suivre des cours de rattrapage. Un menuisier pourrait conseiller ou seconder l'ergothérapeute lorsqu'il se fabrique des objets en bois.

8.7 Dossiers de santé

Il est essentiel de tenir un dossier de santé exact et concis pour chaque résident. Chaque établissement doit, en conformité avec les lois et les règlements qui s'appliquent de même que selon les règles de la maison, déterminer la meilleure façon de tenir et de conserver des dossiers.

Le dossier sert de base à l'évaluation professionnelle du résident, à l'établissement de son plan de soins ainsi qu'à l'enseignement et à la recherche.

Le dossier doit contenir le motif de l'admission, le pronostic, l'évaluation, les plans de traitement et de soins, ainsi que les résultats d'analyses ou d'examens courants et les modifications de l'état du résident. Le dossier doit être unique c'est-à-dire qu'il doit contenir tout ce qui concerne les soins prodigués par l'équipe pluridisciplinaire.

Le dossier doit être:

- rédigé de façon claire et précise, sans détails inutiles, et contenir les renseignements nécessaires aux soins prolongés;

- tenu d'une façon uniforme grâce à l'utilisation des définitions et des abréviations qui ont cours dans l'établissement et le secteur des soins de santé;

- rédigé uniquement par les personnes autorisées;

- rédigé de façon lisible et cohérente à intervalles réguliers conformément aux règles de l'établissement et aux exigences provinciales en la matière.

L'établissement doit assurer la confidentialité des renseignements figurant aux dossiers de santé en vue de sauvegarder la vie privée et les droits de la personne. Les dossiers actifs (et les dossiers classés) doivent être conservés dans un endroit sûr et n'être accessibles qu'aux personnes désignées. L'établissement doit avoir des règles écrites conformes à la loi au sujet de l'accès aux dossiers et de la communication de renseignements confidentiels. Ces renseignements ne peuvent être communiqués qu'avec l'autorisation écrite du résident, de sa famille ou de son tuteur ou curateur légal, selon le cas.

Contenu du dossier de santé

Le dossier doit renfermer au moins ce qui suit:

- les données sur l'identité du résident

- les détails de l'évaluation effectuée avant l'admission ou au moment du transfert

- les antécédents médicaux et l'évaluation du cas avant et après l'admission, chaque année et au besoin

- les antécédents sociaux

- les traitements prescrits par le médecin

- le plan de soins

- les observations des membres de l'équipe multidisciplinaire (médecin, infirmiers(ères), thérapistes, diététiste, travailleurs sociaux, conseillers spirituels et autres)

- la liste des médicaments prescrits

- les dossiers de traitement

- les rapports des épreuves diagnostiques (analyses, radiographies)

- les rapports de consultation

- les formules de consentement, s'il y a lieu

- l'exonération de responsabilité, s'il y a lieu

- le résumé de dossier au moment du transfert ou de la sortie

- le rapport d'autopsie, le cas échéant.

Conservation des dossiers

L'établissement doit être doté d'un service d'archives, chargé du traitement précis et de la conservation des dossiers dans un endroit sûr et à l'épreuve du feu. Il faut utiliser une méthode d'identification et de classement des dossiers. La période de conservation sera basée sur les prescriptions de la loi et les besoins de l'établissement. Il faut que les dossiers puissent être retracés facilement.

On tiendra compte de la taille et de la nature de l'établissement ou du programme pour décider si les dossiers seront confiés à un membre désigné du personnel ou à un service des archives. Il doit exister un mécanisme d'évaluation de la qualité des renseignements consignés et de formulation de recommandations quant aux formulaires à employer et aux renseignements à consigner selon le service requis et recherché.

8.8 Lutte contre l'infection

Tout établissement doit se prémunir contre les infections "nosocomiales". Ce sont des infections que les résidents risquent de contracter: grippe, intoxications alimentaires, infections urinaires et vaginales. Comme la plus grande partie du matériel, des fournitures et des locaux sont partagés par un grand nombre, une infection peut se propager rapidement dans un établissement, s'il n'existe pas de mesures préventives.

Souvent, les résidents sont admis dans un état de faiblesse physique qui diminue leur résistance aux infections. Certains sont vulnérables aux infections en raison de leur invalidité. Par exemple, comme les personnes âgées sécrètent moins de suc gastrique acide, elles sont plus susceptibles de contracter des infections gastro-intestinales.

Comité de lutte contre l'infection

Comme tous les membres du personnel ont un rôle à jouer dans la lutte contre les infections, l'administration de l'établissement doit concevoir un mécanisme de lutte qui puisse être appliqué dans tous les services, toutes les unités et tous les programmes. La meilleure façon d'y arriver, c'est de créer un comité de lutte contre l'infection et, si possible, de nommer également un responsable de la lutte contre l'infection. Le comité devrait compter des représentants dans tous les services. Il est indispensable que le personnel médical appuie les travaux du comité et y participe activement. Le comité doit tenir des réunions à intervalles réguliers pour examiner les cas d'infections survenus dans l'établissement, pour aviser au sujet des politiques et des procédures relatives à la lutte contre l'infection et formuler des recommandations qui incombent à l'administration, au personnel médical et aux autres services.

Lorsqu'il survient des infections, l'établissement doit charger un membre du personnel de faire enquête,

de coordonner le programme de lutte contre l'infection, d'en surveiller l'application et d'agir en qualité de personne ressource en matière de lutte contre l'infection auprès du personnel, des résidents et de leur famille.

Politiques et procédures

Les établissements doivent élaborer des politiques et des procédures en matière de prévention des infections et de traitement des résidents ou des membres du personnel qui en sont atteints. Les protocoles (directives) conformes aux règlements provinciaux, doivent couvrir les domaines suivants: techniques d'isolement et précautions à prendre, stérilisation et désinfection, traitements tels que le cathétérisme vésical, manipulation des aliments et élimination des déchets. Le comité de lutte contre l'infection devrait réviser les protocoles chaque année et en élaborer des nouveaux au besoin. Les politiques et les procédures telles que le dépistage précédant l'admission des résidents et l'embauchage du personnel aideront dans ce dernier cas à prévenir les intoxications alimentaires résultant de la manipulation des aliments par des préposés qui sont porteurs de salmonella.

8.9 Ergothérapie et physiothérapie

Les services d'ergothérapie et de physiothérapie seront examinés ensemble. Ces services peuvent être réunis lorsque le personnel qui y travaille a reçu une formation dans ces deux disciplines. Cependant, les professionnels de ces deux disciplines ont généralement reçu leur formation dans l'une ou l'autre.

Tous les résidents ont droit d'avoir recours à ces services ou d'y être acheminés au besoin pour conserver ou récupérer leur capacité fonctionnelle maximale, quelle que soit leur invalidité.

Ces services poursuivent les objectifs suivants:

- prévenir ou atténuer l'invalidité;

- améliorer le niveau de performance, de fonctionnement et de communication;

- favoriser la réinsertion sociale;

- conserver les capacités fonctionnelles existantes;

- compenser les déficits en fournissant des aides techniques ou des accessoires spéciaux.

Organisation

Selon le type, la taille, la fonction et l'emplacement de l'établissement, ces services peuvent être assurés selon l'une des deux modalités suivantes:

- dans des départements de l'établissement dotés de thérapeutes compétents, titulaires de permis d'exercice, secondés par des assistants qui travaillent sous leur surveillance;

- grâce à des services achetés et partagés, tels que les services d'un consultant sous contrat. Le personnel de l'établissement assure les programmes en cours sous la direction du thérapeute consultant qui est responsable également des évaluations individuelles et de la conception des programmes.

Plan de traitement

Le plan de traitement doit faire partie du plan global de soins et doit inclure les résultats de l'évaluation,[33] le diagnostic posé, les objectifs immédiats et à long terme du traitement, les restrictions s'il y en a et la date de l'évaluation suivante.

À la suite de l'évaluation effectuée par le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, chaque thérapeute établit un plan de traitement et d'évaluation

---

[33] Se reporter également à la section qui traite de l'évaluation, pp. 7 à 11.

qui peut comporter l'un ou l'autre des éléments suivants, (qui ne sont pas décrits par ordre de priorité):

- la rééducation visant à redonner au malade un maximum d'autonomie à l'égard de ses soins personnels: faire sa toilette, s'habiller, manger sans aide;

- la stimulation sensorielle ou l'affrontement du réel pour éviter les problèmes de confusion et de désorientation;

- les programmes d'exercices spécialisés, tels que les exercices conçus pour la rééducation des membres inférieurs ou supérieurs et la restauration de la capacité respiratoire;

- les mouvements passifs;

- les dispositifs et le matériel spécial pour l'autosuffisance;

- la mise en position favorisant l'adoption d'une posture normale;

- les exercices en vue d'améliorer la démarche et le passage de la position assise à la position debout;

- en collaboration avec le service des soins infirmiers, les modes de traitement spéciaux tels que les rayons ultraviolets, les ultrasons et l'hydrothérapie.

Pour accroître l'efficacité du programme thérapeutique, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute peut agir en qualité de personne ressource auprès du personnel infirmier, des moniteurs d'activités ou des services récréatifs de même qu'auprès de la famille. À ce titre, il doit:

- renseigner le personnel et la famille au sujet du programme et de ses objectifs immédiats et à long terme;

- aider le personnel et la famille du résident à poursuivre avec lui le programme d'entraînement commencé en thérapie;

- installer des dispositifs ou du matériel adapté qui permettront au client d'accroître sa capacité fonctionnelle et l'efficacité de ses mouvements.

Les renseignements qui doivent être précisés au sujet du programme de traitement prévu sont les suivants:

- le délai prévu pour la réalisation de l'objectif, s'il y a lieu;

- l'implication et la responsabilité des autres membres de l'équipe interdisciplinaire;

- les dispositifs ou le matériel requis;

- la nécessité d'avoir recours aux ressources communautaires ou à un centre de l'extérieur pour compléter le traitement.

Le(s) directeur(s) des services de physiothérapie ou d'ergothérapie doivent posséder les qualifications énoncées dans le code de pratique établi par chaque organisme professionnel national ou par les autorités provinciales qui régissent l'exercice de leur profession. Là où il existe des départements, le directeur est responsable de l'administration.

Formation en cours d'emploi

Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes devraient chercher à participer à la formation en cours d'emploi des autres membres du personnel ou des bénévoles avec lesquels ils travaillent. Ils pourraient leur enseigner les méthodes pour aider les malades à se lever et à passer, par exemple de leur fauteuil à leur lit, les techniques d'alimentation, d'entraînement à l'autonomie et à l'affrontement du réel.

Installations matérielles et équipement

a) Service situé à l'intérieur de l'établissement - la superficie des locaux sera fonction:

   - du nombre des résidents desservis;

   - du niveau des soins;

   - des types de programmes spécialisés. Il faut prévoir une aire de thérapie à l'intérieur de l'unité de soins pour les cas où il est contre-indiqué, pour des raisons médicales ou psychiatriques, de déplacer le malade.

b) Service de consultants - doit avoir des locaux à sa disposition à certaines heures, certains jours, pour l'enseignement et la démonstration des techniques au personnel de l'établissement.

L'appareillage doit permettre d'offrir les programmes qui répondent à tous les besoins des résidents. Les thérapeutes qualifiés de chaque établissement doivent établir la liste de ce qui est nécessaire.

8.10 Service d'orthèse et de prothèse

Les personnes qui reçoivent des soins prolongés ont souvent besoin d'orthèses ou de prothèses. Une prothèse est un membre ou un organe artificiel tel une jambe, un bras ou un oeil. Une orthèse est un appareil biomécanique appliqué à une région du corps ou à un membre pour a) prévenir les difformités - ex.: attelles ou gouttière; b) faciliter l'usage d'un membre ou le stabiliser après une intervention chirurgicale ex.: corset, attelles, gouttières à ressorts; c) améliorer et favoriser l'indépendance dans l'accomplissement des activités quotidiennes - ex.: système ou dispositif permettant au malade de s'asseoir, de manger seul, etc.

Principes et objectifs

L'amputé ou le patient qui utilise une orthèse devrait avoir accès aux services d'une équipe de spécialistes qui évalueront les possibilités d'améliorer ou de rétablir ses capacités fonctionnelles. (Voir aussi "principes et objectifs," pp. 59 et 60.)

Évaluation et planification

Pour chaque candidat aux services d'orthèse ou de prothèse, il faut établir un plan individuel qui tienne compte des facteurs médicaux, physiques et psychologiques particuliers à chacun. Il est donc conseillé d'envoyer le patient dans un centre de réadaptation ou un service spécialisé de prothèse et d'orthèse pour y subir une évaluation complète. Ces services ne sont pas offerts dans les établissements de soins prolongés.

Lorsqu'on établit un plan en vue de munir un patient d'une prothèse ou d'une orthèse et de lui apprendre à l'utiliser, on doit prendre en considération les facteurs suivants: l'acceptation du patient et son espoir d'améliorer son apparence physique et l'image qu'il projette, de même que ses capacités fonctionnelles. Les fonds versés par les gouvernements provinciaux et les organismes privés constituent un facteur limitatif quant au choix des personnes qui pourraient bénéficier d'un appareil et des services de rééducation pour lui apprendre à l'utiliser.

Il faut également considérer l'agencement des locaux, les services de soutien ainsi que l'expérience et l'habileté du personnel de l'établissement de soins prolongés où réside le patient. Ce dernier devrait avoir accès, dans sa localité ou sa région, à des centres privés ou publics.

Le suivi et l'entraînement du patient peuvent se poursuivre à l'intérieur de l'établissement avec l'aide de thérapeutes qui ont des connaissances en matière d'orthèse et de prothèse.

Une fois l'évaluation terminée et les prescriptions établies, on entreprend le programme de traitement qui comporte les soins préparatoires à la pose de l'appareil, la fabrication et l'ajustage de l'appareil, l'apprentissage de l'utilisation et le suivi du patient.

Au cours de l'apprentissage et du suivi, le technicien, le thérapeute et le patient doivent avoir des rencontres régulières en vue d'assurer le succès de l'utilisation de l'appareil qui devient en quelque sorte, partie même du patient.

Qualifications

Le prothésiste ou l'orthésiste doit être dûment qualifié et membre en règle du Conseil canadien de certification des prothésistes et orthésistes.

Matériel

L'établissement spécialisé où le patient est traité dispose du matériel nécessaire à l'ajustage et au réglage des prothèses ou des orthèses. Le thérapeute de l'établissement de soins prolongés fera par la suite les ajustements et les réparations mineures avec un matériel de base.

8.11 Soins palliatifs

Dans l'établissement de soins prolongés, la mort est acceptée comme faisant partie de la vie. Le personnel doit quotidiennement répondre aux besoins des résidents qui veulent régler leurs affaires, faire leur testament ou parler de leur peur ou de leur désir de mourir. La douleur physique, le défigurement, les maladies invalidantes et parfois la vieillesse peuvent faire perdre le goût de vivre. Les résidents devraient pouvoir parler librement de la mort sans que le personnel les empêche d'exprimer leurs sentiments. La possibilité de discuter avec une personne sympathique peut aider à atténuer les craintes de celui qui les éprouve.

Il est donc très important que tous les membres du personnel reçoivent une certaine formation sur la façon de faire face à leurs propres sentiments à propos de la mort et celle de répondre aux besoins du malade et de sa famille à ce sujet. L'attitude à adopter dépendra de la nature des besoins. Cependant, il faut que le patient puisse parler à une personne capable de traiter du sujet, par exemple, une personne formée en matière de pastorale, un bénévole entraîné ou un membre du personnel doté des aptitudes nécessaires. Lorsqu'un bénéficiaire manifeste le désir de parler ou de régler ses affaires, sa famille doit être informée et on doit lui fournir le personnel de soutien en vue de l'aider à faire face à une situation qui risque d'être stressante.

Le malade en phase terminale aura besoin de soins palliatifs, à savoir:

> "Des programmes ou des services visant à fournir des soins aux personnes pour lesquelles un traitement axé sur la guérison ou la prolongation de la vie n'est plus indiqué, mais à qui il importe avant tout de procurer une certaine qualité de vie pendant le temps qui leur reste.
>
> L'unité de soins palliatifs offre des services thérapeutiques conçus pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des mourants et de leur famille[34]".

La nature de la maladie, l'intervention médicale nécessaire pour en supprimer les symptômes et la

---

34 Voir Services de soins palliatifs dans les hôpitaux, Directives pour l'établissement des normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, 1981. Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

capacité du personnel à faire face à la surcharge de travail détermineront la capacité de l'établissement de soins prolongés de répondre au besoin de soins palliatifs.

Lorsqu'un patient meurt, les résidents et le personnel qui constituaient sa "famille" dans l'établissement doivent avoir la possibilité de rendre un dernier hommage au défunt. On peut, par exemple, faire en sorte que des résidents et des membres du personnel puissent assister aux funérailles ou organiser un service commémoratif sur place.

8.12 Service de pharmacie

Le service de pharmacie a pour rôle de dispenser des médicaments aux malades d'une manière sûre et efficace et de promouvoir un traitement par médicaments qui soit rationnel.

Dans l'établissement de soins prolongés, la pratique de la pharmacie prend une importance particulière du fait que les patients sont atteints de maladies chroniques et que de nombreux médicaments sont utilisés. Pour bien répondre aux besoins des résidents, il faut un service de pharmacie clinique centré sur le malade et doté d'un service de distribution efficace.

Il faut établir la fiche pharmaceutique de chaque nouveau résident et lui fournir des conseils au besoin, par exemple, lorsqu'il peut prendre lui-même ses médicaments, ou lorsqu'il sort de l'établissement pour une visite dans sa famille. L'évaluation de la médication et des traitements administrés à chaque malade doit avoir lieu, de préférence, tous les mois ou au moins, tous les trois mois. Une équipe interdisciplinaire, comprenant le pharmacien, l'infirmière et le médecin doit être chargée de cette évaluation.

Il s'agit principalement de vérifier que le traitement par médicaments soit rationnel et limite leur nombre au minimum. L'objectif est d'évaluer dans chaque cas, toute prescription quant à son indication et son

efficacité, la posologie et le mode d'administration du médicament prescrit, les paramètres cliniques et les résultats d'analyses de laboratoire ainsi que la durée du traitement.

Organisation

Le service de pharmacie peut être dispensé de diverses façons. S'il existe, dans certains établissements de soins prolongés, un service de pharmacie organisé doté d'un personnel qualifié, il y a d'autres façons de fournir des services pharmaceutiques.

Parmi celles-ci on trouve le service de pharmacie partagé entre un certain nombre d'établissements, le contrat de service avec un hôpital général ou avec des pharmacies locales capables de fournir les services de pharmacie d'hôpital.

Comité de pharmacie et de thérapeutique

Il doit exister un comité de pharmacie et de thérapeutique, composé de représentants des services de pharmacie, de médecine, de soins infirmiers, des services administratifs et d'autres selon le cas, qui se réunira au moins tous les trois mois.

Ce comité remplira les fonctions suivantes:

- établir un formulaire et le tenir à jour (lorsque cela est nécessaire);

- voir à ce que le service de pharmacie réponde aux normes généralement en vigueur en matière de médicaments;

- formuler des politiques et des procédures concernant l'usage des médicaments dans l'établissement et les consigner;

- élaborer et mettre en oeuvre des programmes visant à informer le personnel de ce qui touche à la question des médicaments, et

- effectuer des études sur l'usage des médicaments dans l'établissement.

Manipulation des médicaments, approvisionnement et distribution

Le service de pharmacie devrait être disponible 24 heures sur 24. Le système d'approvisionnement devrait permettre la livraison rapide et efficace des médicaments. Il faut établir un système relatif aux commandes et aux livraisons des médicaments de routine et prévoir l'accès aux médicaments après les heures d'ouverture de la pharmacie par exemple, "l'armoire pour les médicaments d'urgence" ou le service "de garde".

Les médicaments que le résident a apportés lors de son admission ne devraient pas être utilisés, sauf dans des circonstances particulières répondant à des critères définis par écrit, comme un médicament prescrit par ordonnance médicale ou des médicaments sur lesquels le numéro de lot du fabricant et la date de péremption sont indiqués clairement.

Le système de distribution de médicaments vise avant tout l'accessibilité, l'efficacité et la sûreté. Le système de posologie contrôlée (posologie de 30 jours sous emballage coque) est celui qui répond le mieux à ces critères pour l'établissement de soins prolongés. Dans certains milieux, le système unidose est préférable, bien que plus coûteux. Les ordonnances individuelles représentent une autre solution. Le système suivant lequel la réserve de médicaments est entreposée à l'unité de soins ne devrait être appliqué que s'il n'existe aucune autre solution.

Ordonnances

Les médicaments ne doivent être administrés que sur l'ordre d'un médecin ou d'un dentiste autorisé. Les ordonnances verbales ne peuvent être administrées que si elles ont été transmises à une infirmière autorisée là où les lois provinciales le permettent, à un pharmacien ou à un médecin. La personne qui reçoit

l'ordonnance doit l'inscrire immédiatement au dossier du malade et y apposer sa signature. Ces ordonnances doivent être signées par le médecin traitant dans un délai de 72 heures. Une nouvelle ordonnance est requise lorsque les médicaments sont changés. Les ordonnances doivent être écrites sur la formule d'ordonnance à plusieurs feuillets et l'original expédié au pharmacien. L'ordonnance est annulée automatiquement lorsqu'un résident est hospitalisé pour plus de 24 heures; il faut établir une nouvelle ordonnance au moment de sa réadmission au centre de soins prolongés.

Les ordonnances de médicaments dont l'usage prolongé peut être dangereux, notamment celui des stupéfiants, des sédatifs, des hypnotiques, des antibiotiques, des psychodysleptiques, des anticoagulants, devraient être annulées automatiquement suivant les dispositions d'une règle écrite.

En général, les ordonnances renouvelables ne sont pas recommandées. Lorsqu'elle juge une telle ordonnance nécessaire, la personne qui la prescrit doit la rédiger, la dater et la signer.

Dans le cas des médicaments prescrits au besoin, l'ordonnance doit indiquer l'intervalle minimal entre les doses, le nombre maximal de doses à administrer pendant une période donnée et le motif précis qui justifie l'administration du médicament.

Préparation et administration des médicaments

Les médicaments doivent être administrés conformément aux lois provinciales en vigueur. Chaque résident doit avoir sa fiche pharmaceutique indiquant le moment où le médicament est administré, la date, le nom de la personne qui l'administre ainsi que les refus et les omissions. C'est la personne qui prépare et administre le médicament qui est responsable de ces inscriptions.

Les médicaments prescrits à un malade ne doivent pas être administrés à un autre.

Les personnes qui manipulent les médicaments devraient avoir accès à une édition récente du compendium pharmaceutique.

Conformément aux règlements fédéraux et provinciaux en vigueur, l'établissement doit utiliser une méthode d'inscription et de vérification des stupéfiants et des drogues contrôlées.

L'auto-administration de médicaments ne devrait être permise qu'avec l'autorisation écrite d'un médecin. À cet égard, il devrait y avoir des politiques au sujet des conseils à donner à l'usager, des responsabilités des personnes qui administrent des médicaments, des modes d'entreposage, de conditionnement et de renouvellement des ordonnances.

L'établissement doit établir la marche à suivre et le système d'enregistrement à utiliser dans les cas d'erreurs relatives à l'administration des médicaments. Le médecin traitant devrait être averti immédiatement et le pharmacien devrait recevoir une copie du rapport. Le comité de pharmacie et de thérapeutique devrait examiner périodiquement les cas d'erreurs pour chercher à en déceler les causes et appliquer des mesures correctives.

De même, il doit exister une procédure à suivre dans les cas de réactions contraires aux médicaments. Celle-ci doit couvrir les points suivants: identification de la réaction, mesures à prendre, enregistrement des faits et notification à faire au médecin.

Médicaments en cas d'urgence

Une trousse de médicaments d'urgence doit être disponible en tout temps. Il incombe au comité de pharmacie et de thérapeutique de déterminer le contenu de cette trousse qui doit être clairement étiqueté et comprendre des instructions au sujet de l'inspection que le personnel infirmier et la pharmacie doivent effectuer régulièrement.

Entreposage

Les médicaments ne devraient être entreposés que dans les locaux ou des armoires fermant à clé et réservés à cet usage auxquels seul le personnel autorisé peut avoir accès. Il est recommandé de garder les stupéfiants et les drogues contrôlées dans un coffre verrouillé à l'intérieur du local ou de l'armoire sous clé. Les médicaments de chacun des malades doivent être conservés dans des contenants individuels et les préparations à usage externe ne doivent pas être placées avec les préparations à usage interne. Les médicaments qui doivent être conservés au froid doivent être entreposés dans un réfrigérateur servant exclusivement à cette fin. Les médicaments doivent rester dans leur contenant d'origine.

Il faut prévoir un système d'élimination des médicaments dont la prescription a été annulée, dont la date de péremption est dépassée ou qui ne seront pas utilisés. Les aires d'entreposage doivent être inspectées au moins une fois par mois pour s'assurer que les médicaments sont entreposés et éliminés comme prévu. Les médicaments à éliminer doivent être retournés à la pharmacie où le pharmacien est chargé de les détruire.

Étiquetage

Les étiquettes apposées sur les contenants de médicaments doivent être conformes aux règlements provinciaux, satisfaire aux normes professionnelles courantes, porter les mises en garde nécessaires et la date de péremption le cas échéant, ainsi que l'appellation générique du médicament et autres renseignements appropriés.

Les médicaments dont l'étiquette est salie ou déchirée ou ceux dont l'étiquette de remplacement n'est pas tapée à la machine doivent être retournés au pharmacien qui en disposera de façon appropriée. Seul le pharmacien est autorisé à apporter des modifications aux étiquettes.

8.13 Services de psychologie

Le recours aux services de psychologues dans les établissements de soins prolongés est une pratique relativement nouvelle et de plus en plus courante. Les psychologues exercent depuis longtemps dans les services de santé mentale offerts aux adultes et aux enfants. Cependant, si les services destinés aux personnes âgées ont évolué, les problèmes que posent les troubles mentaux chez les personnes âgées, les aspects psychologiques et physiologiques du vieillissement et d'autres questions relatives au traitement des adultes invalides n'ont fait l'objet d'une attention particulière que récemment.

Selon leur formation et leur expérience, les psychologues peuvent exercer des fonctions diverses dans les établissements de soins prolongés pour adultes: participation à l'évaluation clinique, administration de tests psychologiques et de tests structurés et évaluations neuropsychologiques. Certains psychologues s'intéressent particulièrement au counseling ainsi qu'à la conception et à l'application de thérapie du comportement et de processus de motivation et d'activation. Les psychologues peuvent aussi collaborer à la formation du personnel et conseiller les autres membres de l'équipe de traitement qui s'occupent du même résident. La plupart des psychologues possèdent une bonne formation dans la conception de projets de recherches et de méthodes statistiques, ce qui est utile dans la mise au point des programmes de recherches touchant la pratique clinique ou l'évaluation des programmes.

8.14 Inhalothérapie

Les services d'inhalothérapie doivent être accessibles lorsqu'ils sont requis médicalement.

Lorsque les services d'inhalothérapie sont requis ils peuvent être administrés soit par un personnel spécialisé ou par d'autres employés, par exemple une infirmière qui a la formation voulue. Si cela est

possible, il faudrait qu'un inhalothérapeute autorisé soit disponible périodiquement en vue de la formation du personnel et de l'entretien du matériel.

Les normes d'hygiène et de sécurité concernant l'usage des appareils d'inhalothérapie devraient être clairement définies et leur application constamment vérifiée.

Dans les établissements qui offrent des services d'inhalothérapie, il faut des sources de gaz intégrées ou portatives conformes aux normes d'entreposage et aux codes provinciaux de protection contre les incendies.

8.15 Sécurité[35]

La sécurité est un facteur important dans un établissement de soins prolongés puisque bon nombre de résidents sont handicapés sur le plan de la mobilité, de l'acuité visuelle et auditive, de la perception et de l'orientation. Il incombe à toutes les personnes qui ont quelque rapport avec l'établissement, depuis l'architecte qui l'a conçu jusqu'au bénévole qui vient offrir de l'aide, d'en faire un endroit sûr.

Tous les établissements de soins prolongés devraient posséder un programme de sécurité. L'élaboration, la mise en oeuvre et la révision à intervalles réguliers de ce programme doivent être confiées à une personne ou à un groupe de personnes qualifiées. Le comité de la sécurité composé de représentants de tous les groupes intéressés, y compris des résidents, est un mécanisme efficace de mise en application. Le programme de sécurité doit comporter les éléments suivants:

---

35 Pour plus de détails à ce sujet voir le Guide de l'agrément des centres de soins prolongés, Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, février 1985.

- établissement, révision et mise à jour de politiques et de procédures de sécurité

- analyse des rapports d'accident ou d'incident

- analyse des causes de danger possible

- établissement d'un programme d'entretien préventif et de mesures correctives

- établissement d'un programme d'orientation et de formation du personnel et des résidents en matière de sécurité.

La question de la sécurité a été abordée dans chaque section de ce guide. On trouvera une description plus détaillée de certains aspects de la sécurité à l'Annexe VII, pages 129 à 136.

8.16 Travail social

L'attention accordée aux besoins sociaux est un aspect essentiel de la prestation de soins prolongés. Par conséquent, les travailleurs sociaux jouent un rôle important dans le plan de soins; ils aident les résidents et leur famille à se servir de leurs propres ressources, des ressources de l'établissement et de celles du milieu en vue d'atteindre et de maintenir le meilleur niveau de santé et de bien-être possible.

L'ampleur des services sociaux varie suivant la taille, l'emplacement et le rôle de l'établissement, la population desservie et la disponibilité de ressources communautaires.

Le travail social consiste à évaluer et à interpréter les besoins, à orienter les clients vers les ressources appropriées, à les conseiller, à intervenir en cas de crise ou à leur procurer de l'aide.

Organisation

Les services sociaux doivent être bien organisés et intégrés aux autres services de l'établissement.

Dans le cadre du plan global de soins, le travailleur social peut collaborer à la planification du traitement du résident et, le cas échéant, à la planification de sa sortie, en plus de lui fournir des conseils et de l'aide.

Au moment de la demande d'admission, le travailleur social est en mesure d'aider à évaluer et à conseiller le candidat et sa famille, ainsi que de suggérer les alternatives et les dispositions financières possibles. Le personnel des services sociaux assiste le résident durant la période d'adaptation et introduit une perspective sociale à l'ensemble du plan de soins. La planification de la sortie doit comprendre l'évaluation du travailleur social qui fournira conseils et aide au résident avant sa sortie et continuera par la suite à s'occuper de lui.

Le travailleur social à l'emploi de l'établissement de soins prolongés doit repérer et utiliser les services de soutien communautaires au bénéfice de sa clientèle. Il doit faire appel à ses connaissances pour assurer un continuum de soins aux résidents et à leur famille, depuis le moment où il entre en communication avec eux jusqu'à ce que ses services ne soient plus requis. Les contacts avec les organismes communautaires de santé et de services sociaux permettent aux travailleurs sociaux de repérer les ressources disponibles et de faire des échanges de renseignements.

Dotation en personnel

Les services peuvent être assurés par:

- une unité de service social à l'intérieur même de l'établissement

- un ou des travailleurs sociaux embauchés à plein temps ou à temps partiel

- des consultants en services sociaux ou des contrats de service avec des organismes communautaires, régionaux ou provinciaux ou d'autres organismes bénévoles

- d'autres membres du personnel comme les conseillers des résidents ou des aides sociaux travaillant sous la surveillance d'un travailleur social qualifié ou en consultation avec lui.

8.17 Orthophonie et audiologie

Les troubles de l'ouïe et de la parole sont très fréquents chez les personnes âgées. Les programmes axés sur les problèmes de communication pourraient améliorer grandement la qualité de la vie et les rapports sociaux de nombreux résidents. Il faudrait également mettre au point des programmes de rééducation de l'ouïe, car souvent les troubles de la parole sont consécutifs à la surdité. Il y aurait lieu de prévoir des méthodes de prévention et de dépistage précoce des troubles de communication, y compris l'établissement de listes de personnes à risque élevé.

Organisation

Après l'examen médical, le résident, s'il manifeste des troubles de l'ouïe ou de la parole, doit être soumis à l'examen de l'audiologiste ou de l'orthophoniste qui fera l'évaluation clinique du problème.

Dans le cadre du plan global de soins, il faut inclure l'élaboration et la mise en application des interventions nécessaires, les modalités du suivi et de l'évaluation.

Il y a des façons diverses d'assurer la disponibilité des services d'orthophonie et d'audiologie: emploi de professionnels à temps partiel, contrat de service avec un centre plus important, emploi de consultants. Dans les régions rurales où ces services n'existent pas, les résidents seront conduits à un

centre de soins de santé plus important qui en est doté, afin de subir les examens nécessaires et pour qu'un traitement adéquat leur soit prescrit.

Dotation en personnel

Les orthophonistes et les audiologistes détiennent un diplôme universitaire en plus d'une formation clinique; ils doivent posséder les connaissances nécessaires pour évaluer et traiter les personnes souffrant de troubles de communication. Ils devraient en outre maîtriser les techniques de counseling et de communication qui permettent de travailler efficacement avec le résident et sa famille.

L'établissement doit avoir accès aux services d'orthophonistes qui connaissent les troubles de la parole d'origine nerveuse et aux systèmes compensateurs ou qui facilitent la communication.

Les employés qui ne possèdent pas de connaissances spéciales dans ces domaines doivent travailler en collaboration étroite avec les spécialistes pour comprendre la thérapie prescrite et l'appuyer dans les activités courantes.

Les autres techniciens et professionnels susceptibles d'être appelés à collaborer au traitement sont les travailleurs sociaux, les psychologues, les électroniciens et les spécialistes en réadaptation.

Installations et appareillage

Les orthophonistes ont besoin d'espace et d'instruments pour les épreuves de diagnostic et l'application des thérapies. Les appareils et les instruments nécessaires au diagnostic et au traitement des troubles de la parole doivent donc être disponibles.

Si les épreuves d'audiométrie ont lieu à l'établissement, il faut prévoir une salle de traitement insonorisée.

Tous les établissements doivent disposer du matériel de base suivant pour les épreuves d'audiométrie: un otoscope, un diapason, un spéculum auriculaire et des curettes à cérumen. L'audiologiste qui effectue sur place des examens plus complets peut avoir besoin d'un matériel supplémentaire[36].

Pour leurs activités quotidiennes, les résidents auront parfois besoin d'un matériel adapté à leur handicap: téléphone muni d'un amplificateur, écouteurs pour la radio et la télé, système d'alarme visuelle, prothèses auditives, aides pour la communication comme des tableaux de communication Bliss, machines à écrire, etc.

8.18 Pastorale

La religion peut jouer un rôle important dans la vie des résidents du centre de soins prolongés et l'administration doit veiller à ce que leurs besoins d'ordre spirituel soient satisfaits. On doit encourager les résidents à entretenir des liens avec l'institution religieuse qu'ils fréquentaient et à assister aux offices religieux quand cela est possible. Les dispositions officielles pour répondre aux besoins spirituels des résidents sont importantes, mais les mesures officieuses le sont aussi. Par exemple, il faut respecter le désir de certains d'entre eux de prier avant les repas et leur besoin de tranquillité et de discrétion pour prier.

Le personnel doit s'efforcer de respecter les pratiques religieuses de la clientèle lorsque celles-ci imposent des restrictions alimentaires.

---

36 Voir les Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie, Direction des services de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1982.

Organisation

Au moment de l'admission, on doit consulter le résident et sa famille au sujet de leurs besoins et de leurs désirs en matière de religion. Le personnel doit en tenir compte dans le cadre du plan de soins et prendre les mesures nécessaires pour que les services requis soient assurés.

On doit encourager les ministres du culte et les membres des communautés chrétiennes (ou autres) dont les bénéficiaires faisaient partie, à visiter ceux-ci, à organiser des services religieux dans l'établissement et, lorsque cela est opportun, à contribuer au plan de soins. Dans les centres plus importants, on peut nommer un conseiller en pastorale compétent pour coordonner les différentes activités religieuses dans l'établissement. Cette personne pourrait voir à ce que les résidents aient accès aux activités ou aux services de leur religion respective.

Il faut prévoir une chapelle qui réponde à deux fonctions de base, soit: permettre la célébration d'offices religieux et offrir un havre de paix où les résidents, leur famille et le personnel puissent aller méditer ou prier.

La chapelle réservée au service quotidien doit être petite et intime, mais il devrait être possible, ailleurs dans l'établissement, d'organiser des offices religieux pour un plus grand nombre de personnes.

8.19 Services auxiliaires

Services d'entretien

Le programme d'entretien a pour but de conserver les immeubles et le terrain en bon état, de prolonger la durée du matériel et des appareils et de faire en sorte que les lieux ne présentent pas de dangers pour les résidents et le personnel.

Un programme d'entretien planifié est essentiel pour assurer la sécurité et la qualité du fonctionnement des immeubles et du matériel et pour prolonger leur durée d'utilisation. L'inspection régulière, la vérification et la réparation des appareils mécaniques et électriques sont souvent prescrites par le code de sécurité. De plus, on peut réaliser des économies en effectuant des réparations mineures avant qu'un appareil fasse défaut. L'évaluation du matériel peut permettre de repérer les pièces ou les appareils désuets dont l'entretien coûte cher.

Le personnel doit avoir reçu la formation qui convient et être, soit des employés de l'établissement, soit en disponibilité à titre d'expert-conseil, par ex.: un ingénieur qualifié.

Services de buanderie et d'entretien ménager

Les services de buanderie et d'entretien ménager doivent être organisés de façon à assurer aux résidents et au personnel un milieu sûr et propre. L'établissement peut être doté d'une buanderie centrale ou peut confier ce service à contrat, à un hôpital local ou à une entreprise privée.

Il faut prévoir le matériel, le personnel et les fournitures nécessaires pour pouvoir offrir un service convenable. L'approvisionnement de linge doit être suffisant pour répondre aux demandes de linge propre.

Les vêtements personnels des résidents peuvent être lavés soit par la buanderie de l'établissement ou par les bénéficiaires eux-mêmes quand c'est possible.

Le linge souillé et le linge propre doivent être transportés dans des contenants distincts et les services d'entretien ménager et de buanderie doivent appliquer les techniques de lutte contre l'infection[37].

---

37 Voir la section sur la lutte contre l'infection, pp. 58 à 59.

8.20 Transport[38]

Les résidents doivent avoir accès à des services de transport pour pouvoir mener une vie aussi normale que possible. Ces services permettent aux personnes handicapées de suivre des cours, d'occuper un emploi, de participer à des activités sociales ou à des programmes de santé et favorisent leur intégration à la vie communautaire. Les services de transport sûrs et appropriés aux besoins des résidents aident grandement ceux-ci à donner le maximum d'eux-mêmes en tant que membres de la société.

Le service de transport utilisé par un établissement de soins prolongés sera organisé en fonction des besoins des résidents et de leurs incapacités, du rôle qu'il peut remplir et de la taille de l'établissement. Il tiendra compte du confort et de la dignité des personnes qui l'utilisent.

Voici une liste de véhicules qui, d'ordinaire, conviennent le mieux aux centres de soins prolongés:

- automobiles, camionnettes ou minibus spécialement équipés
- taxis
- véhicules de transport public
- autobus privés
- automobiles privées

Ces services peuvent être organisés et exploités par les clubs philanthropiques, les municipalités, certains

---

38 On trouvera à l'Annexe VIII, pp. 137 à 142, des détails supplémentaires concernant l'organisation des services et le matériel ainsi que les lois qui les régissent.

individus ou certaines entreprises privées, l'établissement lui-même ou en collaboration, par quelques-uns des groupes précédemment nommés.

8.21 Services de bénévoles

Les bénévoles peuvent contribuer de nombreuses façons à la qualité de la vie des résidents. Ils assurent le lien entre l'établissement et le milieu. Grâce à eux, les résidents sentent qu'ils font partie du monde extérieur, ce qui contribue à détruire les mythes qui ont cours à propos des centres d'hébergement et des établissements de soins prolongés et qui augmentent les difficultés d'adaptation éprouvées par de nombreux résidents. Les bénévoles aident également les résidents à conserver un bon moral ou à le retrouver, surtout durant la période de transition qui suit l'admission. En offrant généreusement leur temps, leurs talents et leurs énergies, les bénévoles démontrent aux résidents que la communauté s'intéresse à eux.

Les bénévoles complètent les services de l'établissement de diverses façons; par exemple:

- en aidant au cours d'activités de groupe, ex.: artisanat, causeries, musique et programmes thérapeutiques;

- en accompagnant les résidents lors des sorties;

- en effectuant des visites amicales ou de soutien spirituel, en faisant la lecture aux résidents, en les aidant à rédiger des lettres et à faire des téléphones;

- en dirigeant une boutique de cadeaux, un casse-croûte ou une bibliothèque, ou en y collaborant.

Les assurances de l'établissement doivent être suffisantes pour permettre aux bénévoles d'exercer leurs fonctions sans se préoccuper de la question des responsabilités civiles.

Organisation

La coordination et l'organisation de l'activité des bénévoles devraient être confiées à un directeur à plein temps ou à temps partiel. Le directeur doit assumer la responsabilité de l'ensemble du programme de bénévolat, soit la surveillance des activités des bénévoles et leur coordination avec celles des autres services de l'établissement.

Les activités des bénévoles et leur temps de service devraient être enregistrés à la fin de chaque séance. Ces renseignements doivent être suffisamment détaillés pour servir de base à une évaluation périodique des bénévoles et du programme.

Recrutement

Il est essentiel que le recrutement des bénévoles soit actif et continu. S'ils sont assez nombreux, les bénévoles ne seront pas exposés à des tensions inutiles et chacun pourra oeuvrer dans le secteur qui lui procure le plus de satisfaction.

Les bénévoles se recrutent dans le milieu, au sein des associations religieuses, des clubs philanthropiques, des établissements d'enseignement, dans les familles, parmi les amis des résidents et dans la société en général. Les membres du personnel sont souvent prêts à agir à titre de bénévoles; certains, par exemple, s'intéressent à un résident en particulier et d'autres viennent prêter main-forte à l'occasion d'activités sociales importantes comme les fêtes, les sorties et les événements spéciaux. Il arrive aussi que des résidents puissent offrir bénévolement leurs services.

Le recrutement n'est pas difficile lorsque l'établissement peut affirmer aux intéressés qu'il a besoin de bénévoles de tous âges, tant masculins que féminins.

Les candidats au bénévolat doivent être convaincus qu'ils ont un rôle utile et important à jouer et que

cette activité leur fournira la possibilité de mettre à profit leur générosité, leur habileté, leurs connaissances et leurs talents.

Choix et affectation

Les critères régissant le choix des bénévoles sont fondés sur les attitudes personnelles[39] et les aptitudes à remplir certaines tâches compte tenu de l'âge, du sexe, du bagage socioculturel et du niveau d'instruction. La sélection et l'affectation judicieuse des bénévoles permettront de tirer le meilleur parti possible de leurs connaissances, de leurs aptitudes et de leur formation. Le personnel, le directeur des bénévoles et les bénévoles eux-mêmes, devraient participer à la définition des tâches particulières à assigner à chacun. Chaque tâche devrait faire l'objet d'une description dont les éléments sont les suivants:

- définition précise de l'activité;
- description détaillée des procédures à appliquer;
- responsabilités du bénévole;
- lieu et durée de l'activité;
- matériel et fournitures nécessaires.

Orientation

Il doit exister, un programme d'orientation à l'intention des bénévoles[40].

---

39 Voir aussi 7.1 p. 33.

40 Voir la section 3, Annexe III pp. 113 à 114.

Formation

La formation des bénévoles doit s'appliquer à leurs responsabilités et être enrichissante, non formelle et continue.

Ce programme devrait procurer aux bénévoles les renseignements et la formation dont ils ont besoin. Il devrait être permis aux bénévoles d'assister à des séances de formation en cours d'emploi organisées pour le personnel.

Témoignage de gratitude

Il est essentiel de reconnaître les services des bénévoles. En plus de reconnaître leur contribution d'une façon continue, il est bon de la souligner de façon formelle par exemple, par un diner annuel en leur honneur et la remise de récompenses spéciales.

9. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[41,42]

9.1 Extérieur

Un certain nombre de facteurs peuvent influencer le choix d'un immeuble à étage unique de préférence à un immeuble à plusieurs étages, notamment la facilité d'évacuation en cas d'urgence et les avantages qu'il offre pour les programmes quotidiens et pour le confort des résidents.

---

41 Voir aussi: Les établissements pour personnes âgées au Canada, vol. 1 Unités gériatriques dans les hôpitaux, 1984. Division de la planification des établissements de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

42 Voir aussi l'Annexe VII - Sécurité - pp. 129 à 136.

Le terrain doit permettre un accès facile à l'entrée principale et à l'entrée de service et l'aménagement d'une voie de circulation pour les voitures et les piétons - de sorte qu'il soit facile de venir chercher et reconduire les résidents. Il doit y avoir suffisamment d'espace de stationnement pour garer les automobiles du personnel et des visiteurs.

L'immeuble doit être orienté de façon que les salles d'activités et les salles à manger soient ensoleillées pendant une partie de la journée, sans être éblouissantes et excessivement chaudes l'été.

Un emplacement à l'abri des rafales est préférable et la façade de l'immeuble doit se trouver du côté opposé aux vents dominants.

Accès à l'établissement

Le chemin qui mène à l'entrée d'un établissement de soins prolongés devrait être direct et sans pente. Il faut prévoir un vestibule et des portes coulissantes à commande automatique et à vitesse contrôlée. S'il s'agit d'une commande électrique, il faut prévoir un système d'alimentation d'appoint. Les conditions climatiques peuvent influer sur le fonctionnement des portes. Il devrait y avoir un abri ou une marquise pour protéger l'entrée. Il peut être utile, à certains endroits, d'aménager des aires protégées pour monter à bord des véhicules ou en descendre par mauvais temps. Lorsque le terrain est en pente, il faut une rampe d'accès, dotée d'une main courante. Toutes les voies qui mènent aux rampes d'accès, les rampes elles-mêmes et les plates-formes auxquelles elles aboutissent doivent être antidérapantes. Il faut prévoir des moyens pour empêcher la formation de glace. Des bords élevés ou des garde-fous empêcheront les fauteuils roulants de glisser en bas de la rampe.

9.2 Espace personnel

Le cadre physique de l'établissement joue un rôle important dans la qualité de vie du résident. Il est

difficile, sinon impossible, à une personne qui réside dans un établissement de préserver son intimité à moins d'avoir une chambre privée. Lorsque deux personnes doivent nécessairement partager une chambre, il faut essayer de réunir des personnes qui soient compatibles. Étant donné le grand nombre d'activités qui se font en groupe dans un établissement de ce type, il faut réserver une aire où le résident puisse se rendre de lui-même pour s'isoler et réfléchir. Il faut aussi un local pour les rencontres et les échanges privés à caractère plus intime; celui-ci ne devrait pas être trop éloigné des aires où les résidents se sentent à l'aise.

9.3 Espaces réservés aux activités et à la récréation

Les aires réservées aux activités et à la récréation devraient comprendre des salons et des salles qui puissent être utilisés pour les jeux, les spectacles, les services religieux, la lecture ou la musique. Une cuisinette ou un coin où se trouvent une bouilloire, une cafetière et quelques provisions pour que le résident puisse préparer, à l'improviste, un café ou un casse-croûte pour lui-même, ses amis ou sa famille l'aidera à préserver un sentiment d'indépendance. Il faut inciter les résidents à assumer la responsabilité de la propreté et de l'utilisation de cet espace. Les téléphones à leur disposition doivent être placés dans un endroit où il est possible d'avoir une conversation privée.

Les résidents devraient pouvoir profiter de jardins, de pelouses, de patios, de plates-bandes, de barbecues et de jeux comme le croquet et les fers à cheval. Les jardins doivent comporter des allées; ils doivent être convenablement clôturés, à l'abri du vent et facilement accessibles de l'intérieur. Il faut une enceinte pour ceux qui risqueraient de s'égarer. On doit encourager les bénéficiaires à conserver leur passe-temps le plus longtemps possible; ex.: on peut favoriser l'observation d'oiseaux en installant des mangeoires, des bains et des cabanes; des boîtes à fleurs installées à leur portée permettront aux jardiniers de s'adonner à leur passe-temps.

9.4 Salle à manger

Une salle à manger attrayante agrémentera l'heure des repas. Il faut suffisamment d'espace pour les fauteuils roulants et le rangement des aides de marche. Les résidents devraient avoir la possibilité de s'asseoir à table, de bavarder et de prendre leurs repas dans une atmosphère détendue et agréable. Il peut arriver que l'un deux désire parfois manger seul; il faut respecter ce désir, mais non l'encourager.

Les tables de la salle à manger doivent permettre au résident en fauteuil roulant de s'approcher suffisamment pour être à l'aise et éviter la fatigue. Lorsque cela est possible, il est préférable que les personnes qui utilisent des fauteuils roulants s'assoient sur une chaise ordinaire pour prendre leurs repas.

La salle à manger doit être bien éclairée et gaie; elle doit, lorsque cela est possible, avoir une vue agréable ou intéressante. Les meubles et le décor devraient être attrayants et ressembler le plus possible à ceux d'une maison. Il faut éviter que la lumière qui pénètre par les fenêtres soit éblouissante ou se reflète sur les planchers ou le dessus des tables. On peut garnir les fenêtres de draperies ou de rideaux et éliminer la réflexion de la lumière sur les tables en les couvrant de nappes. Les revêtements de plancher ne doivent pas refléter la lumière. Il ne faut pas utiliser un grand nombre d'objets chromés et brillants dans la salle à manger.

9.5 Décor et ameublement

L'ameublement, les couvre-sols et la décoration des murs devraient non seulement être fonctionnels mais aussi convenir à l'âge et à la mentalité des résidents et créer une ambiance chaleureuse et familiale. On devrait consulter des bénéficiaires et des conseils de bénéficiaires au moment de la planification des

immeubles, du choix de l'ameublement et de la décoration ou avant d'entreprendre des travaux de réfection. Les personnes qui arrivent dans un établissement souffrent souvent d'insécurité et d'un sentiment de perte; elles doivent faire des efforts pour s'adapter à un nouveau milieu. Lorsque cela est possible, on devrait les encourager à choisir leurs vêtements et à apporter quelques effets personnels comme un fauteuil ou un tableau, dans leur nouvelle résidence. Lorsqu'ils conservent certains objets personnels les résidents ont plus de facilité à délimiter leur territoire et les objets familiers leur sont un réconfort dans un décor étranger.

9.6 Éclairage

Dans un centre de soins prolongés, il faut un éclairage spécial qui réponde aux besoins particuliers des personnes âgées qui constituent la majorité des résidents.

Les personnes âgées ont besoin de plus de lumière mais le concepteur doit également planifier un éclairage de qualité en éliminant les problèmes de contrastes trop vifs, d'éblouissement, de réflexion et de rendu des couleurs. En vieillissant, l'oeil humain perd beaucoup de son acuité. Son pouvoir d'accommodation, sa rapidité d'adaptation à des degrés d'intensité de lumière différents, sa résistance à l'éblouissement sont diminués et sa perception des couleurs est modifiée. Il faut prévoir deux types d'éclairage: l'éclairage général et l'éclairage local. L'éclairage général doit permettre de distinguer les gens et l'ameublement et créer une ambiance agréable exempte de dangers. L'éclairage local provient de sources de lumière qui peuvent être dirigées vers un endroit précis pour permettre la pratique d'activités telles que la lecture, l'écriture, les jeux et les soins personnels.

Pour l'éclairage général, les tubes fluorescents et les lampes à incandescence fournissent une bonne source de lumière pourvu que l'appareil et son emplacement soient appropriés. Il faut choisir avec soin les

tubes utilisés dans les appareils fluorescents. Les tubes de luxe blanc-chaud fournissent un éclairage flatteur pour le teint. La lumière chaude et douce des ampoules à incandescence contribuera à créer une ambiance accueillante et confortable. Dans les aires de service où il n'est pas nécessaire que le rendu des couleurs soit de haute qualité, les tubes blanc-froid sont acceptables.

Les projecteurs sont décoratifs mais il existe peu d'endroits, dans un centre de soins prolongés, où l'on puisse en recommander l'installation. En plaçant bien les appareils d'éclairage et en les agençant avec soin, on élimine les ombres indésirables. Les "ombres dansantes" créent souvent une atmosphère d'insécurité, surtout pour les personnes confuses ou celles qui ont des troubles de perception.

Il faut pouvoir varier l'éclairage dans les corridors, les chambres, les salles à manger et les aires polyvalentes. Dans ces endroits, les régulateurs d'intensité utilisés avec les lampes à incandescence permettront une certaine souplesse de réglage de sorte qu'un appareil unique pourra être adapté à diverses fins. Par exemple, le régulateur dans une chambre à coucher permet d'utiliser l'appareil d'éclairage comme veilleuse, pour l'éclairage général et pour l'éclairage local. L'usage des régulateurs permet d'économiser l'énergie électrique et de prolonger la durée des ampoules.

L'éclairage extérieur est nécessaire pour l'accueil et la sécurité des personnes qui arrivent ou qui partent le soir. L'éclairage extérieur aide à repérer l'établissement parmi les immeubles avoisinants; il permet de voir les trottoirs et les entrées et crée un lien entre le centre, les trottoirs et le terrain de stationnement. Un bon éclairage extérieur prévient également le vandalisme.

En combinant les lampes à incandescence et les lampes à décharge lumineuse, on crée un éclairage extérieur qui est à la fois attrayant et économique.

Il importe également d'éliminer les ombres et de prévenir l'éblouissement. L'éclairage extérieur peut être réglé automatiquement.

Pour la commodité des visiteurs et des conducteurs d'ambulances, le nom ou l'enseigne de l'établissement doit être bien éclairé.

9.7 Couleur

Le bon agencement des couleurs est une source constante d'agrément pour les résidents, les visiteurs et le personnel. Les gens réagissent aux couleurs selon leur humeur, leurs expériences passées et leurs préférences personnelles et il faut se rappeler qu'il est toujours bon de tenir compte des goûts des résidents.

Les couleurs jouent un rôle important en ce qu'elles servent à désigner clairement différentes zones. L'usage d'un code de couleurs aide les résidents à prendre conscience de l'endroit où ils se trouvent et à s'orienter dans la maison[43]. Il faut utiliser des couleurs qui attirent l'attention pour les avertissements de sécurité et pour créer une ambiance stimulante dans les aires d'activités et de rencontre. Les couleurs qui n'attirent pas l'attention sont préférables dans les aires où l'atmosphère doit être reposante ou apaisante.

Bon nombre de résidents souffrent de handicaps visuels; certains peuvent être atténués grâce à un choix judicieux de couleurs et d'intensité. La cornée jaunit avec l'âge et les personnes âgées voient les rouges et les couleurs chaudes plus clairement que les couleurs froides. Cependant, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles préfèrent les couleurs chaudes aux couleurs froides.

La capacité de différencier le bleu du vert décline rapidement avec l'âge à cause du jaunissement de la

---

43 Voir la section sur la sécurité pp. 129 à 130.

cornée. Lorsqu'il importe qu'un résident puisse distinguer le bleu du vert, il faut utiliser différentes intensités de ces couleurs.

Dans les endroits où ils pourraient avoir des difficultés à distinguer une dénivellation entre deux surfaces, on suggère d'utiliser des couleurs contrastantes sur les différentes surfaces.

- la couleur de la surface des tables devrait contraster avec celle du plancher;

- la couleur du mur devrait contraster avec celle du plancher;

- la couleur des contremarches devrait contraster avec celle des marches.

La lumière éblouissante qui passe par les fenêtres sera moins choquante si le mur dans lequel la fenêtre se trouve est de couleur pâle. La couleur des portes devrait contraster avec celle du mur. Dans les chambres, les résidents pourront mieux distinguer la porte de la salle de toilette de celle du corridor si elles sont de couleurs différentes. Les résidents confus trouveront plus facilement les salles de toilette dans les aires auxiliaires si les portes des salles de toilette sont de la même couleur à travers tout l'établissement.

9.8 Contrôle du bruit

Un milieu dans lequel le bruit est maintenu à un niveau convenable contribuera à la qualité de vie des résidents et des visiteurs ainsi qu'au rendement du personnel. Il est possible d'éliminer partiellement les échos, les réverbérations, les cliquetis et les bruits de fond indésirables par l'agencement des pièces, en n'utilisant des appareils bruyants qu'à certains moments prévus et en employant des matériaux qui amortissent le bruit (exemples: matériaux à texture rugueuse ou velue, carreaux insonorisants, tentures

et tapis). Il sera nécessaire d'amortir le bruit dans les chambres de certains résidents confus ou sourds qui sont parfois bruyants, afin qu'ils ne dérangent pas les autres.

S'il faut éviter le bruit dans certains endroits, il n'est pas recommandé d'éliminer complètement les bruits agréables de l'activité: ceux qui proviennent des salons, des aires polyvalentes et des salles à manger servent de repères d'orientation pour les résidents. Par contre, si ces salles sont trop bruyantes, certains préféreront rester dans leur chambre et s'isoleront des autres. Il faut éviter d'utiliser les appareils de radio et de télévision et les interphones à tort et à travers. Il est préférable que le piano et les instruments de musique soient dans une pièce insonorisée.

Les résidents d'un centre de soins prolongés ont des besoins différents sur le plan acoustique. Si les uns sont susceptibles de réclamer un volume de son élevé pour mieux comprendre, les autres peuvent s'en plaindre et le trouver irritant et pénible. Pour tenir compte de ces différents besoins, il faut prévoir des aires où le son sera contrôlé et où son intensité variera selon l'endroit où l'on se trouve.

On peut faire des petits salons des endroits relativement tranquilles qui permettent également aux résidents de recevoir parents et amis en privé.

10. PLAN D'URGENCE

Le conseil d'administration doit planifier en vue des situations d'urgence qui exigent quelquefois l'évacuation, le relogement, l'application de mesures de survie et l'accueil d'autres personnes. Le diagramme[44] à la page 96 illustre les situations

---

44 Préparé par les Services de bien-être d'urgence, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

d'urgence possibles et leurs répercussions sur la communauté, l'établissement, les familles et l'individu.

Le conseil doit créer un comité chargé de la planification à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. L'équipe maison comprendra l'administrateur, un représentant du personnel médical, le directeur des services de soins, le chef des services d'entretien ou l'agent de sécurité, des directeurs de départements et d'autres employés suivant les besoins. L'équipe de l'extérieur devrait comprendre des représentants des services d'incendie, de police et d'ambulance, du service d'hygiène publique, des services d'urgence provinciaux et des services sociaux.

Les responsabilités du comité sont les suivantes: élaborer des plans d'intervention d'urgence en cas de désastres tels que des incendies[45]; s'assurer que tous les employés comprennent bien le plan et reçoivent la formation appropriée; s'assurer que les résidents connaissent les systèmes d'alarme; vérifier le plan en procédant régulièrement à des exercices; et évaluer et réviser le plan au besoin.

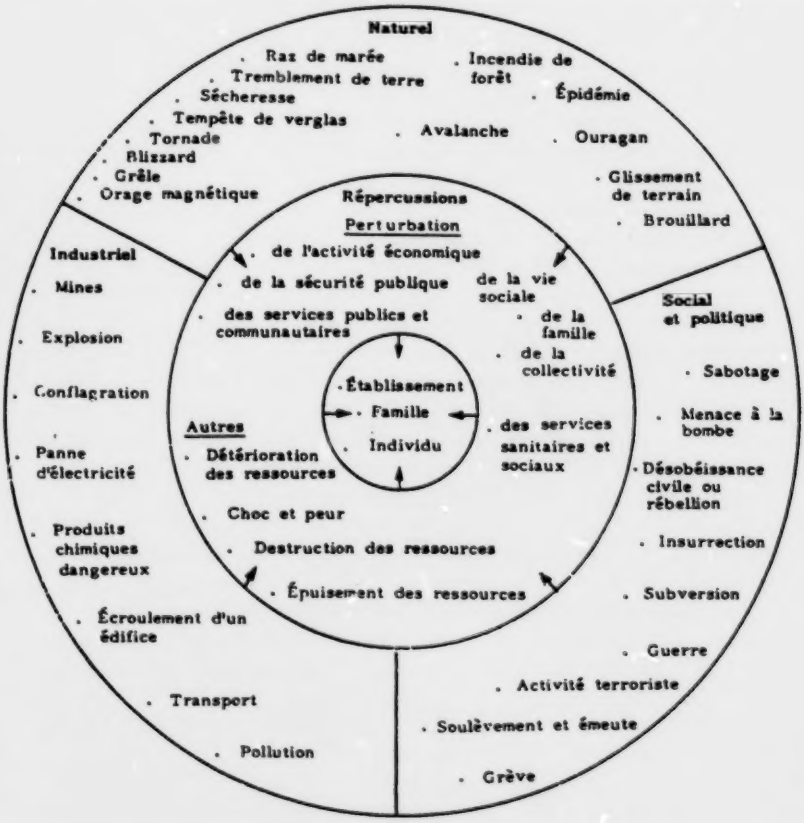
La Division des Services de bien-être d'urgence du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a mis au point un manuel de planification en cas d'urgence à l'intention des établissements de soins

---

45 Pour plus de détails sur la protection contre les incendies, voir pp. 132 à 136.

Voir aussi le Manuel sur la sécurité en cas d'incendie dans les foyers pour les personnes âgées, Conseil national de recherches du Canada, 1983, CNRC 21249. Disponible auprès de: Vente et diffusion des publications, Conseil national de recherches du Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0R6. Prix 9$.

spéciaux[46]. Le diagramme suivant, tiré de ce manuel, indique les aspects essentiels dont il faut tenir compte lorsqu'on élabore un plan en prévision de situations d'urgence.



---

46 Pour obtenir plus de détails et l'adresse du bureau régional dans chaque province, écrire ou téléphoner à la Division des services d'urgence, Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0L3. Tél.: (613) 996-2007.

Éléments du plan[47]

A. Organisation

- Former un comité de planification d'urgence.
- Élaborer un organigramme exposant les fonctions ou le circuit des responsabilités en cas d'urgence.
- Dresser une liste des noms et des numéros de téléphone du personnel clé.
- Entrer en relation avec les autorités municipales responsables de la planification et le directeur local des SBU.
- Dresser une liste des noms et des numéros de téléphone des contacts à l'extérieur (organismes, entreprises, bénévoles).

B. Évacuation

- Dresser une liste des circonstances qui pourraient nécessiter une évacuation.
- Dresser une liste des personnes autorisées à ordonner une évacuation partielle ou totale.
- Définir les responsabilités du personnel.
- Définir les façons de rejoindre les personnes et les employés clés.
- Mettre au point un système de contrôle de la circulation interne.
- Déterminer les méthodes et les priorités pour l'évacuation.
- Déterminer quels dossiers et quels documents essentiels devront être évacués.
- Fournir une explication claire et simple du système d'avertissement.

En collaboration avec les responsables des services de planification d'urgence de la municipalité:

- Déterminer les principales voies d'évacuation, les voies de remplacement et les destinations.

---

47 Élaboré par la Division des services de bien-être d'urgence, Santé et Bien-être social Canada.

- Mettre au point un système de contrôle de la circulation extérieure.
- Définir le genre et la source d'aide dont on aura besoin à l'extérieur (service des incendies, police, etc.).

C. Relogement

- Établir une liste des circonstances justifiant un relogement.
- Dresser une liste des personnes autorisées à ordonner un relogement.
- Mettre au point un système pour aviser le personnel et les personnes ressources de l'extérieur.
- Établir la liste du personnel qui doit accompagner les résidents (et des directives utiles).
- Établir la liste du matériel essentiel qu'il faut transporter (fournitures médicales, vêtements, denrées alimentaires, etc.).
- Définir ce dont on aura besoin à l'endroit de relogement (denrées alimentaires, literie, vêtements, etc.).
- Définir les modalités (marche à suivre, location et contrat) du renvoi temporaire de certains résidents.
- Déterminer les méthodes d'alimentation ("en route" et à l'endroit de relogement)[48].
- Déterminer les ressources extérieures dont on pourra avoir besoin - adresses et numéros de téléphone.
- Dresser une liste des endroits de relogement (à l'intérieur et à l'extérieur) et au besoin, prévoir l'utilisation d'un centre de relogement.

---

48 Voir le manuel: Méthodes d'alimentation dans les établissements en période d'urgence. Disponible dans les associations provinciales des services de bien-être d'urgence ou à la Division des services de bien-être d'urgence, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.

D. Survie (isolement)

- Dresser une liste des circonstances possibles.
- Dresser une liste des personnes autorisées à appliquer les mesures de survie.
- Dresser une liste du matériel et de l'équipement à mettre en réserve et l'endroit où ils seront conservés.
- Appliquer un système de rotation des matières périssables entreposées.
- Déterminer les secteurs de l'immeuble qui peuvent servir d'abris au besoin.
- Déterminer le personnel essentiel.
- Établir le rôle du personnel et des résidents dans une situation d'urgence.
- Mettre au point des systèmes de communication internes et externes.
- Prévoir des solutions de remplacement concernant les sources d'eau, l'éclairage, le chauffage, les ascenseurs, la cuisson des aliments, la réfrigération, etc[49].

E. Accueil ou expansion des services

- Dresser une liste des personnes responsables de l'expansion des services ou de l'accueil.
- Déterminer le nombre maximal de résidents et d'employés supplémentaires.
- Établir les modalités du renvoi temporaire possible de certains résidents.
- Définir le rôle des employés, actuels et nouveaux, dans les situations d'urgence.
- Mettre au point un système d'identification et un système de dossiers en cas d'urgence.
- Déterminer les quantités supplémentaires de denrées alimentaires, de literie et de vêtements dont on aurait besoin en cas d'urgence.
- Établir les méthodes des services d'alimentation en cas d'urgence[49].

---

[49] Voir référence en page précédente.

- En collaboration avec le comité municipal de la planification d'urgence:
  - déterminer les ressources en matière de denrées alimentaires, de literie, de vêtements et d'autres fournitures et matériels
  - dresser une liste des noms et des numéros de téléphone des fournisseurs
  - définir les besoins d'aide de l'extérieur (numéros de téléphone et sources possibles).

F. Coordination des plans

- Coordonner le plan d'urgence de l'établissement avec celui de la communauté.
- Coordonner le plan avec ceux d'autres établissements.
- Coordonner le plan avec les responsables des établissements où le relogement pourrait être fait.
- Conclure des ententes concernant les ressources externes.

G. Formation

- Voir à ce que le personnel de l'établissement soit renseigné au sujet du plan d'urgence.
- Informer les résidents.

- Mettre le plan d'urgence à l'épreuve - établir la fréquence des exercices, le système de surveillance, la participation des services d'urgence municipaux et les révisions.

RÉFÉRENCES CHOISIES

Activités et divertissements

Don't Take it Easy and Fitness for Older Adults: A Handbook for Leaders, Fitness Canada, Fitness and Amateur Sport, 1981, Ottawa, Ontario, K1A 0X6.

Co-Ordinated Activity Program for the Aged, (A How to-do-it-Manual), American Hospital Association, 840 North Lake Shore Drive, Chicago, Illinois, 60611.

Tickle, Linda S. and Yerxa, Elizabeth J., "Needs Satisfaction of Older Persons Living in the Community and in Institutions", American Journal of Occupational Therapy, Vol. 35, No. 10, October 1981.

Burton, Jean E., "Programming to Meet the Needs of the Elderly in Institutions, Part I", Canadian Journal of Occupational Therapy, Vol. 49, No. 1, February 1982.

Évaluation

Caird, T.I., and Judge, T.G., Assessment of the Elderly Patient, Pitman Medical, Alden Press, Oxford, 1974.

Ferguson Anderson, Sir W., Practical Management of the Elderly, Third Edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1976.

Hodkinson, H.M., Common Symptoms of Disease in the Elderly, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1976.

Hodkinson, H.M., An Outline of Geriatrics, Academic Press, London, 1981.

Soins infirmiers

Bower, Fay Louise, The Process of Planning Nursing Care, The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1972.

Carnevali, Doris, L., Patrick, Maxine, Management for the Elderly, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1979.

Criteria for Departments of Nursing in Long Term Care Settings, A Guide for Self-Appraisal, National League for Nursing, New York, Publ. no. 20-1830, 1980.

Hantuik, Rose, "The Challenge of Gerontological Nursing", Journal of Gerontological Nursing, Vol. No. 1, January, 1981.

Rowland, Howard, S. The Nurses's Almanac, An Aspen Publication, 1978.

Organisation

American Hospital Association. Developing Policies and Procedures for Long Term Care Institutions, American Hospital Association, Chicago, Illinois, 1975.

Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, Guide d'agrément des centres de soins prolongés, février, 1985.

Miller, Culcey B. and Barry, Jane T. Nursing Home Organization and Operation. CBI Publishing Co. Inc., Boston, 1979.

Mitchel, Monroe. A Practical Guide to Long Term Care and Health Services Administration. Panel Publishers, New York, 1978.

Ontario Hospital Association. Guidelines for Long Term Care. Ontario Hospital Association, Toronto, May 1980.

Service de pharmacie

"Standards of Canadian Pharmacy Practice". Canadian Journal of Hospital Pharmacy, Sept./Oct. 1981. Vol. XXXIV, No. 5, pp. 156-162.

Guidelines for Pharmacy Services in the Long Term Care Facility. The Canadian Pharmaceutical Association, 1976.

Guidelines for Pharmacy Services in Personal Care Homes. Manitoba Health Services Commission, 1977.

Planification

Sharpe, Deborah T., The Psychology of Color and Design. Nelson Hall Co., Chicago, 1974.

Marshall, Grant C., A Survey of Color Preferences of People Over 65. Manitoba Association on Gerontology, Manitoba 1980.

Manitoba Health Services Commission, Planning Guide for Person Care Homes in Manitoba, 1980.

Burnside, Irene, Nursing and the Aged. McGraw-Hill Book Co.

TYPES DE SOINS[50]

Les types de soins décrits ci-après englobent une gamme de besoins s'échelonnant à partir d'une certaine aide ou surveillance jusqu'à l'éventail complet des services offerts dans un hôpital général. Il **n'est question ici que des types II et III.**

Soins du type I

- Il s'agit des soins requis par une personne non alitée, qui peut se déplacer sans aide, dont les facultés physiques ou mentales sont affaiblies, et qui a essentiellement besoin d'aide et de surveillance aide dans l'activité de la vie quotidienne, en plus des services sociaux et récréatifs nécessaires à ses besoins psychosociaux. La période pendant laquelle ces soins sont requis est indéterminée et relative à l'état du sujet.

Soins du type II

- Il s'agit des soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique (physique ou mentale) relativement stable, ou d'une incapacité fonctionnelle, qui paraît avoir atteint la limite de rétablissement possible et dont l'état ne devrait pas changer dans un avenir prochain; ce malade a un besoin relativement restreint des services diagnostiques et thérapeutiques de l'hôpital mais doit pouvoir compter, 24 heures par jour, sur des soins personnels, sous la surveillance de médecins et d'infirmières, ainsi que sur les services nécessaires à ses besoins psychologiques et

---

50 Tels qu'ils sont définis dans le Rapport du Groupe de travail sur la classification des soins aux malades présenté au Comité consultatif de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques en novembre 1973.

sociaux. La période pendant laquelle les soins seront requis est imprévisible, mais il s'agit habituellement de mois ou d'années.

Soins du type III

- Il s'agit des soins requis par une personne qui souffre d'une maladie chronique ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale), qui a dépassé la phase aiguë de sa maladie et dont les fonctions vitales peuvent être stables ou non. Les possibilités de réadaptation de cette personne peuvent être restreintes et son état peut réclamer une gamme de services thérapeutiques, d'interventions médicales et de soins infirmiers expérimentés, de même que les services nécessaires à ses besoins psychologiques et sociaux. On ne peut prédire la période pendant laquelle le malade aura besoin de ce type de soins, mais il s'agit habituellement d'une question de mois ou d'années.

Soins du type IV

- Il s'agit des soins requis par une personne souffrant d'une incapacité relativement stable (par exemple, une infirmité congénitale, une infirmité résultant d'un traumatisme ou les séquelles débilitantes d'une maladie), incapacité qui vraisemblablement ne disparaîtra pas au cours de la convalescence ou selon le processus normal de guérison, et dont l'état exige un programme spécialisé de réadaptation pour rétablir ou améliorer sa capacité fonctionnelle. L'adaptation à cet affaiblissement constitue un élément important du processus de réadaptation. Le malade peut également souffrir de troubles affectifs qui exigent un traitement psychiatrique en même temps qu'un traitement physique. L'intensité et la durée de ce type de soins varient selon la nature de l'incapacité dont souffre le malade et la rapidité selon laquelle il progresse, mais on reconnaît généralement que ce n'est qu'après plusieurs mois de traitement qu'il aura tiré le maximum de bienfait de sa cure.

Soins du type V

- Ce sont les soins requis par un sujet:

a) qui a besoin d'examens, d'épreuves diagnostiques ou de l'établissement d'un plan de traitement pour une condition connue, inconnue ou virtuellement grave; ou

b) dont l'état est critique, aigu ou grave (quel que soit le diagnostic), et dont les fonctions vitales peuvent être dans un état précaire ou instable; ou

c) qui se trouve au début de la phase de rétablissement ou en convalescence à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une blessure et qui a besoin d'un programme planifié et surveillé de soins thérapeutiques et éducatifs, d'une durée relativement courte.

STRUCTURE, FONCTIONS ET CHOIX DES MEMBRES DU CONSEIL

1. Constitution d'un conseil

Choix des membres

Les membres du conseil peuvent être nommés ou élus par l'administration ou par un organisme gouvernemental. Le choix des nouveaux membres doit être guidé par les considérations suivantes:

- protéger et servir les intérêts de la clientèle de l'établissement;

- apporter une connaissance et une expérience qui manque au conseil (par exemple, administration financière, sollicitation de fonds, progrès techniques);

- permettre la représentation de la communauté et des consommateurs;

- permettre au conseil d'acquérir des connaissances au sujet des programmes en cours et des plans des organismes de santé communautaire.

- s'assurer que les intérêts personnels des candidats possibles n'entrent pas en conflit avec ceux de l'organisme.

2. Mandat

Pour assurer l'apport continu d'idées nouvelles, les membres du conseil devraient être nommés pour une période définie et le renouvellement du mandat devrait être limité. Dans certaines provinces, le mandat et son renouvellement sont régis par la loi. En l'absence d'une loi, la durée du mandat ne devrait pas dépasser cinq ans et personne ne devrait être autorisé à remplir plus de deux mandats consécutifs.

La structure du conseil devrait permettre d'échelonner les mandats de façon à assurer la continuité des activités et obtenir la collaboration requise.

3. Nombre de membres

Les conseils d'administration ne comptent pas tous le même nombre de membres mais on considère que le nombre idéal se situe entre 8 et 15. Ce nombre favorise la participation active et permet une composition appropriée des comités ainsi que la représentation des consommateurs et de la communauté.

PROGRAMMES D'ORIENTATION

Les membres du conseil, le personnel et les bénévoles devraient bénéficier de programmes d'orientation. Les cadres supérieurs et les chefs de service doivent s'engager à élaborer et à réaliser ces programmes. Les programmes suggérés ci-après se ressemblent, mais chacun comprend des éléments particuliers.

1. Orientation des membres du conseil

Tous les nouveaux membres du conseil doivent être convenablement renseignés sur l'établissement et son fonctionnement, et notamment sur les points suivants:

- le rôle, les objectifs et les buts de l'établissement;
- les caractéristiques des bénéficiaires de soins prolongés;
- l'aménagement de l'établissement (visite);
- les lois et les règlements provinciaux et municipaux et les statuts qui régissent le fonctionnement de l'établissement;
- l'organigramme du conseil;
- les fonctions du conseil ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun de ses membres;
- les sources de financement;
- le rôle du gouvernement en matière de soins prolongés;
- les rapports entre l'établissement et les autres organismes communautaires et les dispensateurs de soins du milieu;
- les problèmes courants en matière de soins prolongés.

2. Orientation du personnel

Le programme d'orientation du personnel comprend deux étapes: une séance d'orientation générale à

laquelle tous les nouveaux employés doivent assister et des séances d'orientation offertes par chaque département ou service, à ses nouveaux employés.

L'orientation générale vise les objectifs suivants:

- familiariser tous les nouveaux employés avec les principes directeurs de l'établissement et la structure interne;
- favoriser l'adoption d'attitudes positives à l'égard du travail d'équipe et le cas échéant, d'équipe multidisciplinaire;
- faire prendre conscience aux membres du personnel de la valeur de leur participation au sein de l'équipe pour l'atteinte des objectifs présents et futurs de l'établissement;

L'orientation générale doit toucher les sujets suivants:

Introduction - Mot de bienvenue
- sommaire du programme d'orientation

Administrateur - Mot de bienvenue
- principes et objectifs
- questions d'éthique
- directives concernant les renseignements confidentiels et les renseignements à donner aux résidents
- description du programme de soins
- rapport entre l'établissement et la communauté
- le concept d'équipe
- politiques et procédures de l'administration du personnel
- programme de sécurité et de protection contre les incendies
- visite de l'établissement et du service.

Il est utile de remettre à chaque nouvel employé une trousse de documents qu'il pourra consulter plus tard. Cette trousse pourrait comprendre:

- un document sur les politiques relatives au personnel;

- le manuel de renseignements à l'usage des employés.

Orientation (par département ou service)

Le directeur de chaque département ou service doit mettre au point un programme d'orientation qui comprenne les activités suivantes:

- visite du département ou du service
- présentation des nouveaux employés à leurs collègues et aux résidents (s'il y a lieu)
- explication de l'organisation et de la structure du département ou du service
- analyse de l'organisation et de la structure du département ou du service
- analyse de la description de tâches de l'employé.

3. Orientation des bénévoles

Le programme d'orientation des bénévoles doit comprendre les éléments suivants, sans trop de détails:

- connaissance de la vocation, des buts et des objectifs de l'établissement et des règlements auxquels les bénévoles doivent se soumettre, en particulier ceux qui concernent la sécurité et la protection contre les incendies
- visite de l'établissement
- présentation du personnel et des résidents avec lesquels les bénévoles seront appelés à travailler
- explication du rôle des bénévoles, de leur apport et de la façon avec laquelle leur travail s'intègre aux tâches du personnel
- orientation visant à expliquer au personnel le rôle et les paramètres de la contribution des bénévoles
- renseignements concernant les vestiaires et les politiques relatives aux dépenses personnelles, au stationnement, au code d'habillement et aux repas.

On pourrait mettre à la disposition des bénévoles une trousse de documents à examiner et à conserver pour fins de consultation. Les étapes du programme d'orientation doivent être inscrites sur une liste et être rayées au fur et à mesure qu'elles se déroulent.

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES À L'USAGE DES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite de l'examen des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il est à souhaiter que le schéma qui suit serve de guide pour l'élaboration de programmes plus complets et détaillés pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

- Rôle et objectifs de l'unité
- Catégories de malades soignés:
  - selon le diagnostic ou la gravité de la maladie
  - restrictions de service, s'il y a lieu
- Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

- Responsabilité du Conseil d'administration
- Relation entre l'unité, le directeur général et le personnel médical
- Gestion de l'unité

i) Responsabilité du personnel

- Directeur médical
- Médecins

- Infirmières

- Autres membres du personnel

ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)

- Mandat à définir

- Dispositions en vue d'obtenir les consultations de différents professionnels de l'établissement

- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Fonctionnement général

- Autorisation de l'admission (désignation des personnes autorisées à admettre des malades)

- Priorités d'admission selon:

  - le diagnostic
  - l'état du malade
  - ordonnances de routine à l'admission
  - ordonnances médicales
  - ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence
  - durée du séjour selon le diagnostic
  - lutte contre l'infection et isolement
  - dossiers des malades, rapports et inscriptions
  - traitement des cas d'urgence, y compris la réanimation cardio-pulmonaire
  - délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence
  - recherche ou investigation clinique

- soins palliatifs, constatation du décès, autorisation d'autopsie, disposition de la dépouille mortelle
- acheminement des cas, consultation (transferts obligatoires et autres, suivi du malade)

2. Personnel

- Critères de sélection: formation, expérience, intérêts
- Critères régissant l'octroi de privilèges en matière médicale ou clinique
- Présence des médecins ou du personnel
- Définition des rôles des étudiants et de leurs surveillants y compris la responsabilité, l'autorité et l'obligation de rendre compte
- Description de poste
- Orientation et éducation continue
- Évaluation du rendement
- Bénévoles

3. Malades (résidents)

- Droits des résidents
- Identité des résidents
- Participation de la famille
- Secret professionnel
- Éducation du résident et de sa famille
- Objets de valeur, biens et possessions du résident

- Consentement au traitement
- Privilèges de visite

4. Sécurité

- Sécurité et prévention des accidents
- Rapports au sujet des accidents et des incidents
- Entretien et sécurité du matériel
- Plan en cas d'incendie et de désastre
- Utilisation du matériel de contention

5. Assurance de la qualité

- Normes de pratique
- Évaluation continue de l'efficacité du service
- Évaluation de l'état du résident au moment de l'admission et au moment de la sortie
- Rapports sur les incidents
- Révision du plan de soins des malades
- Lutte contre l'infection
- Vérifications: soins médicaux et infirmiers, courants et rétrospectifs
- Évaluation par les pairs
- Analyse des taux de morbidité et de mortalité
- Évaluation de rendement des employés
- Usage et évaluation des produits et du matériel

IV. TECHNIQUES

- Interventions électives
- Techniques et procédures en cas d'alerte
- Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
- Manuels de politiques et de procédures

EXEMPLES DE MANUELS DE POLITIQUES ET DE PROCÉDURES

Voici une liste des sujets qui pourraient être traités dans un manuel des politiques et des procédures de l'administration. Sont présentés ici des exemples des sujets qui devraient y être traités auxquels d'autres peuvent s'ajouter selon les besoins de l'organisation.

- mauvais traitement
- entente relative au service de garde et calendrier
- politique relative à l'admission
- entente relative à l'affiliation
- utilisation de l'alcool et de médicaments non prescrits
- frais portés au compte des résidents
- établissement du budget
- biens d'équipement
- plaintes
- consentement
- décès et autopsies
- politique relative aux départs et aux transferts
- plan à suivre en cas de sinistre
- divulgation de l'information
- dons et legs
- programme de prévention et de protection contre les incendies
- déclaration des incidents
- information et communication
- assurance et responsabilité
- congés autorisés accordés aux résidents
- résidents disparus
- politique en matière de personnel - heures de travail, congés de maladie, vacances, uniformes, etc.
- petite caisse
- politiques et procédures relatives aux achats
- tenue et traitement des dossiers
- conseil des résidents
- effets personnels des résidents
- politique relative aux départs
- consommation de tabac

- transport
- comptes en fiducie
- heures de visite
- bénévoles

Le manuel du département (ou du service)

Le manuel des politiques et des procédures régit l'exploitation d'un département ou d'un service particulier. Ce manuel renferme des directives sur la façon de procéder ou la marche à suivre pour les activités quotidiennes.

Le contenu du manuel varie d'un département ou d'un service à l'autre, mais chacun doit:

- définir le rôle et les objectifs du service;
- contenir l'organigramme du service, indiquant l'autorité, les responsibilités de chacun et la dépendance hiérarchique;
- décrire les rapports entre le département ou le service et les autres au sein de l'organisation;
- fournir des instructions détaillées sur les fonctions du service;
- contenir les directives spécifiques relatives au personnel du département ou du service;
- indiquer quel rôle le service doit jouer dans l'élaboration du programme de prévention et de protection contre les incendies et du plan à observer en cas de sinistre;
- contenir les horaires de travail des employés occupant différents postes du département ou du service;
- contenir les descriptions de tâches pour les diverses catégories d'emploi dans le département ou le service.

On peut s'inspirer de la liste suivante tirée d'un manuel de soins infirmiers. Cette liste n'est pas exhaustive et ne s'appliquerait pas à d'autres services:

- Procédures d'admission

- Procédures de départ

- Rapports au sujet des incidents

- Congés exceptionnels

- Décès, défini par l'établissement et conformément aux règlements provinciaux

- Urgences
  - accidents
  - incendies
  - maladie grave
  - problèmes d'entretien du matériel
  - départ de résidents
  - vols

- Prescriptions du médecin
  - prescriptions données au téléphone
  - prescriptions écrites
  - transcription des prescriptions du médecin

- Politique relative aux médicaments
  - administration
  - transcription des prescriptions de médicaments
  - entreposage des médicaments
  - élimination
  - médicaments donnés aux résidents en congé
  - médicaments en cas d'urgence
  - enregistrement au dossier de santé
  - erreurs relatives à la médication
  - prescription de médicaments qui n'apparaissent pas au formulaire
  - rôle du pharmacien
  - rôle du médecin
  - Comité de pharmacie et de thérapeutique
  - stupéfiants
  - auto-médication

- Rééducation
  - méthodes visant à encourager l'autonomie
  - ambulation - apprentissage de la marche, soins à donner aux membres fragiles
  - contrôle des sphincters vésical et anal

- Alimentation
  - mesures de la consommation d'aliments et de liquides

- Sécurité et dispositifs de contention
  - principes
  - définition des dispositifs de contention et des drogues
  - solutions de remplacement
  - raison d'être
  - méthodes approuvées par le directeur médical
  - évaluation effectuée par l'équipe soignante
  - examen des prescriptions du médecin
  - règlement applicable en cas d'urgence

- Transferts

- Autres sujets proposés
  - soins personnels; soin de la peau, des cheveux, des doigts et des ongles, hygiène buccale
  - marche à suivre pour faire un lit
  - technique d'isolement
  - techniques des transferts - d'un lit à un fauteuil roulant etc.

ACTIVITÉS ET PROGRAMMES RÉCRÉATIFS

La liste suivante propose des suggestions seulement. Elle n'est pas exhaustive.

Programmes audiovisuels: les bibliothèques locales peuvent fournir des films, des diapositives, des livres parlants et des bandes magnétoscopiques ou vidéo qui intéressent particulièrement les résidents. Il est utile de s'informer des disponibilités en matière de service de bibliothèque et de matériel audiovisuel des firmes locales, des clubs philanthropiques et des maisons d'enseignement avoisinantes.

Préparation de gâteaux et de repas: pour les ventes ou les petites réunions sociales.

Installations communautaires: (avec rampe d'accès pour les personnes utilisant une aide de marche ou un fauteuil roulant) comme les salles de théâtre, églises, bibliothèques et clubs sociaux peuvent améliorer et "normaliser" la vie des résidents en leur fournissant certaines périodes et des locaux pour répondre à leurs besoins particuliers.

Artisanat: permet aux résidents de mettre leurs talents et leurs aptitudes à profit, leur fournit l'occasion d'exprimer leur créativité et d'augmenter leur satisfaction. Ces activités peuvent être graduées et conçues en fonction de l'intérêt, de la force, de la dextérité manuelle et de l'acuité visuelle des résidents.

Clubs culturels: les groupes ethniques locaux peuvent participer aux activités et, grâce aux contacts avec les résidents, enrichir leur propre patrimoine linguistique et culturel.

Groupes de discussion: par exemple, sur des questions d'actualité, la politique, les événements passés, les expériences vécues durant l'enfance et le mode de vie actuel.

Art dramatique: les événements musicaux et les services religieux peuvent intégrer les ressources ethnoculturelles et religieuses des résidents en leur offrant non seulement des rôles d'interprètes mais bon nombre de rôles de soutien.

Jeux: comme les jeux de quilles adaptés, le jeu de galets, les jeux de table et les damiers peints sur le plancher. Bon nombre de ces jeux peuvent être pratiqués en équipe, ce qui assure la continuité et propose des buts à atteindre.

Horticulture: jardinage à l'intérieur et à l'extérieur grâce à des boîtes à fleurs modifiées et fixées à la portée des personnes en fauteuil roulant, au besoin.

Conditionnement physique: les exercices peuvent être gradués de façon à convenir aux malades ambulatoires et à ceux qui ne le sont pas. Il peut s'agir d'exercices simples visant la conservation de l'amplitude des mouvements des membres, du tronc et de la tête, et d'exercices conçus pour encourager les participants à exploiter au maximum leur capacité respiratoire. Ces exercices peuvent s'accompagner de chants et de musique, ce qui ajoute une autre dimension aux avantages que les résidents peuvent tirer de cette activité.

Services de bibliothèque: les services de bibliothèque, et en particulier le matériel audiovisuel, sont utiles aux nombreux résidents qui souffrent de déficits sensoriels, en particulier de la vision et de l'audition.

Réunions-repas: pour entretenir et stimuler les aptitudes sociales. Selon la saison, ces rencontres pourraient prendre la forme d'un barbecue, d'un pique-nique ou d'une sortie dans un restaurant local ou encore, avoir lieu à l'occasion d'une manifestation spéciale, comme une fête foraine (il se peut que les membres de la famille souhaitent participer à ces activités).

Musique: à l'occasion de séances d'écoute, d'exercices de conditionnement, de danse, de divertissement pour encourager la participation et favoriser la communication et pour l'exploitation d'habiletés latentes. (La musique peut être choisie en fonction des divers groupes d'âges et de cultures et être modifiée de façon à permettre la danse en fauteuil roulant ou de styles variés).

Bulletin de nouvelles: moyen à utiliser pour permettre aux résidents de s'exprimer librement et encourager une forte participation.

Bistro: favorisent des rapports sociaux décontractés et permettent aux résidents de poursuivre un mode de vie qu'ils aimaient auparavant.

Lecture: devrait comprendre la fréquentation des bibliothèques locales pour y emprunter des ouvrages en langues étrangères, des ouvrages sur les voyages, des livres imprimés en gros caractère, des "livres parlants" et pour y consulter des catalogues.

Atelier de planification des activités destinées aux bénéficiaires: permet aux résidents de manifester leur leadership et de les inciter à participer à la planification d'activités collectives.

Spectateurs: leur présence devrait être prévue et ils devraient être accueillis chaleureusement. Ils devraient pouvoir assister avec dignité aux activités auxquelles ils ne peuvent plus participer.

Services religieux: avec la participation des résidents. Les connaissances en matière de musique et les coutumes ethniques doivent être intégrées au culte pour mieux répondre aux besoins spirituels des résidents et leur fournir l'occasion de créer des groupes d'études.

SÉCURITÉ

Outre ceux qui ont été abordés dans les directives du Conseil canadien d'agrément des hôpitaux au sujet des services et du contrôle de l'environnement,[51] le Groupe de travail a relevé d'autres secteurs où des règles de sécurité doivent être appliquées.

1. Ascenseurs[52]

Les ascenseurs à l'usage des résidents devraient être équipés de dispositifs spéciaux pour accommoder ceux qui souffrent d'incapacités diverses: mauvaise vue, surdité partielle, difficultés à se déplacer, désorientation. Les lettres et les pictogrammes imprimés sur les boutons doivent être clairs et assez gros. On peut aussi se servir de lettres en relief ou en code Braille pour aider les aveugles. Les numéros d'étages devraient être bien indiqués sur les montants des portes ou sur le mur qui fait face à l'ascenseur de sorte que le résident puisse le voir facilement de l'intérieur de l'ascenseur. Certains utilisent des couleurs différentes pour chaque étage. Il faut une flèche, près du bouton d'appel de l'ascenseur ou au-dessus de la porte, pour indiquer

---

51 Une étude complète des facteurs dont il faut tenir compte pour ce qui est de la sécurité des installations est présentée dans le Guide d'agrément des centres de soins prolongés publié par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux, février 1985, page 47 à 53.

52 Pour une description d'autres dispositifs de sécurité dans les ascenseurs, se reporter aux guides d'aménagement préparés par la Division de la planification des établissements de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

si l'ascenseur monte ou descend. Pour les malentendants, il faut un panneau bien visible à l'intérieur de l'ascenseur, avec des lumières indiquant le numéro de l'étage à chaque arrêt.

Les boutons qui actionnent l'ascenseur devraient être à la portée des personnes en fauteuil roulant. Il faut que le dispositif d'ouverture des portes soit réglé de telle façon qu'une personne qui se déplace difficilement ait le temps de sortir de l'ascenseur avant que les portes se referment. Une main courante doit être installée le long des trois murs de la cabine d'ascenseur.

Certains établissements utilisent avec succès pour le bénéfice des personnes qui souffrent de problèmes d'orientation, des ascenseurs munis d'un système parlant qui indique l'étage de l'arrêt suivant et si l'ascenseur monte ou descend, en plus des codes de couleurs et des panneaux lumineux. Les portes d'ascenseur devraient être munies d'un système avertisseur pour empêcher les résidents portés à errer sans but, de prendre l'ascenseur sans être accompagnées, ce qui peut être dangereux. À cette fin, on peut se servir des dispositifs d'identification mentionnés précédemment pour les portes extérieures[53]. Le dispositif pourrait indiquer au surveillant d'étage que l'ascenseur est utilisé ou encore le système peut empêcher le fonctionnement de l'ascenseur lorsqu'une personne portant un dispositif d'identification spécial cherche à s'en servir.

---

53 Considérations relatives au design-architecture, mécanique, électricité, Division de la planification des établissements de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

2. Chauffage et ventilation

Étant donné que les résidents sont plus ou moins frileux, il serait souhaitable que la température puisse être réglée dans chaque chambre à l'aide d'un thermostat installé sous coffret verrouillé à clé sans aucun thermomètre.

Les normes de la SCHL en matière de chauffage précisent que "le système devrait être capable de maintenir une température de 24° C à 150 mm du plancher. À 750 mm du plancher, l'écart de température ne devrait pas dépasser 2° C. Malgré son prix plus élevé, l'installation d'un système capable de maintenir une humidité relative d'au moins 25°C est fort souhaitable"[54].

Au cours de l'étape de planification de nouveaux immeubles, il faut examiner divers systèmes de chauffage et de ventilation comme les systèmes à air forcé, les systèmes de chauffage par rayonnement, les systèmes à eau chaude (convection). Dans les établissement de soins prolongés, il ne devrait y avoir ni unités terminales à induction ni tuyaux de vapeur[54].

Pour assurer le confort et la sécurité des résidents, les systèmes de ventilation et climatisation[54] doivent avoir les débits suivants:

- chambres: jusqu'à 4 renouvellements par heure
- salles de bain et salles de toilettes: jusqu'à 10 renouvellements par heure;

---

54 Considérations relatives au design-architecture, mécanique, électricité, Division de la planification des établissements de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

- salles d'attente et salles de séjour: 4 renouvellements par heure si les gens sont autorisés à fumer dans ces pièces.

La salle d'artisanat et d'autres pièces à vocation particulière devraient être équipées d'un système d'évacuation spécial, si l'on y installe du matériel de menuiserie ou si l'on y emploie des substances toxiques.

3. Eau chaude

La température de l'eau chaude à usage général qui provient d'un système d'alimentation central ou d'un chauffe-eau local ne devrait pas dépasser 45° C (110°F). Il faut prendre les précautions nécessaires pour empêcher que la température de l'eau augmente dans la canalisation pendant les périodes de demande faible ou nulle. Tous les robinets mélangeurs des baignoires ou des douches utilisées par les résidents devraient être munis d'un dispositif intégré de régulation de la température réglé à 40° C (104°F) pour les empêcher de s'ébouillanter. Les dispositifs de réglage ne devraient être accessibles qu'aux personnes autorisées.

4. Protection contre les incendies

Le feu et surtout la fumée sont davantage une menace dans les établissements de soins prolongés que dans la plupart des établissements de santé, étant donné que les personnes qui y résident ne sont pas autonomes. L'administration et le personnel doivent examiner la question, choisir et prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger tous les résidents et les usagers des services.

Il faut prévoir l'installation d'un système de détection automatique d'incendie fiable et efficace avec tableau d'alarme électrique, de sorte qu'il soit possible de lancer un avertissement au tout début d'un incendie pour que les personnes incapables de s'échapper

sans aide aient des chances d'en sortir saines et sauves. Ce système doit être conforme aux normes précisées dans le Code canadien de l'électricité.

En matière de sécurité, les quatre éléments principaux des systèmes de protection contre les incendies sont: les dispositifs de détection, les dispositifs d'alarme, les dispositifs de lutte immédiate et les méthodes d'évacuation.

4.1 Détection

Il faut accorder une attention toute particulière à l'emplacement des dispositifs de détection.

Il faudrait installer des détecteurs de fumée à chambre d'ionisation dans les chambres des résidents, les couloirs, les salles de physiothérapie et d'ergothérapie, la chapelle et dans les salles de récréation et les salles à manger. Toutes les autres zones comme les locaux administratifs, les pièces de service, les placards de rangement du matériel d'entretien ménager, les locaux du barbier, de la coiffeuse, la cuisine, etc. peuvent être équipées de détecteurs thermovélocimétriques (aérothermiques) ou d'extincteurs automatiques.

4.2 Alarme

Outre les avertisseurs d'incendie automatiques déclenchés par le dispositif de détection, il faut des postes avertisseurs à commande manuelle à proximité de toutes les issues. Les dispositifs sonores employés pour donner l'alerte devraient être des carillons ayant un son assez fort pour avertir tous les employés, où qu'ils soient dans l'établissement.

Le tableau de signalisation qui sert à l'identification du dispositif en alerte devrait être installé dans un endroit approuvé; tous les employés devraient savoir où se trouve le poste avertisseur et comment déclencher l'alarme.

4.3 Dispositifs de lutte immédiate

Si l'on se sert d'extincteurs automatiques dans certaines zones de l'établissement, il faut que l'installation soit liée au tableau de signalisation par un contacteur actionné par débit d'eau ou un contacteur monométrique, de sorte que le système avertisseur d'incendie soit déclenché lorsqu'une tête d'extincteur s'ouvre automatiquement.

4.4 Évacuation

La sécurité en cas d'incendie et les méthodes d'évacuation revêtent de l'importance à l'étape de la planification d'un établissement lorsqu'il s'agit de décider si l'on construira un immeuble vertical ou un immeuble horizontal. Quel que soit le concept adopté, il faut, en collaboration avec le groupe d'usagers, établir des mesures en vue de faciliter l'évacuation de l'établissement en toute sécurité. Il faut aborder diverses questions telles que l'utilisation de rampes, l'éclairage de secours dans des endroits stratégiques, les voies d'évacuation sans obstacles, et le système de communication en cas d'urgence. Il ne faudrait pas considérer que l'élaboration de plans d'évacuation soit une tâche purement administrative. Il faut que d'autres professionnels comme les architectes et les ingénieurs y participent; ceux-ci ont la responsabilité de concevoir les moyens de faciliter l'application des plans d'évacuation, soit au moment de la planification d'un nouvel établissement ou lors du réaménagement d'un établissement existant.

Les mesures suivantes en matière de sécurité en cas d'incendie devraient être observées:

- Il faut faire régulièrement des exercices d'alerte pour les employés de tous les quarts de travail. Il faut tenir un registre des participants dont les résultats sont communiqués au personnel. Le rapport suivant l'exercice permettra d'améliorer le plan d'évacuation.

- Tous les employés doivent apprendre à se servir des extincteurs d'incendie.

- Les plans d'évacuation doivent être affichés dans des endroits bien en vue.

- Il faut conserver dans un endroit facilement accessible un plan de l'immeuble et des plans d'étage à utiliser en cas d'incendie.

- Un personnel compétent doit procéder régulièrement aux inspections et s'occuper particulièrement de la vérification, de la réparation et de l'entretien des systèmes de sécurité en cas d'incendie.

- Il faut des mécanismes de protection contre les incendies pour s'assurer que les extincteurs et les tuyaux appropriés sont bien en place et en état de fonctionner et que l'on dispose des extincteurs nécessaires pour lutter contre différents types d'incendie, par exemple les feux dans les systèmes d'électricité ou les appareils électriques.

- L'établissement et ses annexes doivent, chaque mois, faire l'objet d'une inspection préventive complète. Un rapport doit ensuite être présenté à l'administrateur; ce rapport s'ajoute à ceux des inspections périodiques des autorités locales ou provinciales de protection contre l'incendie. Au cours de ces inspections, on vérifie au moins les points suivants:

- les issues;
- les réseaux d'alimentation en électricité;
- les locaux où sont conservés des gaz médicaux, s'il y a lieu;
- les locaux où sont conservés des liquides inflammables;
- les services d'entretien ménager;
- les ateliers d'entretien du matériel;
- la buanderie;

- le département de radiologie (notamment les niveaux de radiation et les mesures de protection);
- la pharmacie;
- le laboratoire;
- les locaux où sont conservés le matériel et les effets personnels des résidents;
- les locaux où sont conservés l'oxygène et les matières combustibles;
- les mesures de sécurité.

SERVICES DE TRANSPORT

LÉGISLATION

Les services de transport sont affectés par un ensemble de règlements fédéraux, provinciaux et municipaux. Le Comité consultatif du transport des handicapés, formé par Transports Canada en 1979, est chargé d'élaborer une politique sur les modes de transport qui sont du ressort du gouvernement fédéral. Toutefois, l'exploitation et la réglementation des services de transport urbain sont du ressort des provinces ou des municipalités.

La Loi sur la sécurité des véhicules automobiles promulguée en 1971, fixe des normes applicables aux nouveaux véhicules à l'endroit où ils sont fabriqués. Dès que le véhicule quitte l'usine, la réglementation en matière de sécurité est du ressort des provinces. Le comité ACNOR des véhicules automobiles pour le transport des personnes handicapées a élaboré des normes de sécurité pour la conduite des véhicules employés pour le transport des handicapés[55]. En outre, certaines provinces sont à rédiger des projets de loi portant sur la sécurité. La délivrance des permis, les cours de conduite automobile et la réglementation de l'assurance automobile sont aussi des domaines qui relèvent des provinces. On recommande par conséquent aux personnes qui voudraient organiser des services de transport pour les handicapés d'entrer en relation avec les services fédéraux compétents et de se renseigner au sujet de la législation en vigueur dans leur province.

---

55 D409 Véhicules automobiles pour le transport des personnes handicapées. Association canadienne de normalisation (ACNOR) 1984.

Les facteurs dont on doit tenir compte lors de la mise sur pied d'un service de transport sont les suivants:

Critères relatifs à l'usage - C'est-à-dire quelle priorité doit être accordée aux demandes relatives à l'utilisation du service. En général, on peut classer ces demandes dans diverses catégories, suivant que l'usager désire se rendre au travail, dans un établissement de soins médicaux, dans un établissement d'enseignement, dans un centre récréatif ou faire une visite. Il faut évaluer les divers usages auxquels les véhicules serviront avant de déterminer quels devront être les dimensions du véhicule, le nombre de sièges et l'équipement nécessaires pour le transport des plus grands handicapés.

Genre de service - Il faut aussi déterminer si le service sera assuré exclusivement par l'établissement ou par des véhicules appartenant à un organisme public ou parapublic. Un réseau de transport en commun dont la capacité est fonction de la demande, comme le système "Télébus", permet à bon nombre de personnes d'y avoir recours suivant leurs besoins. Cette formule est suffisamment souple pour répondre à bon nombre des besoins des résidents des établissements de soins prolongés et permet également à ceux qui fournissent les services de profiter de subventions provinciales qui se situent entre 50 et 75 p. 100 dans la plupart des provinces. Quand les critères d'utilisation des systèmes parallèles ou privés sont trop restreints, bien souvent ces systèmes ne sont pas rentables. Si le service est disponible pour d'autres personnes, comme les femmes enceintes ou les femmes qui ont des enfants en bas âge, les personnes âgées et les handicapés de la communauté, il y aura plus de raisons pour justifier un service de haute qualité.

Outre l'achat d'un véhicule, il y a d'autres solutions au transport, notamment la location, un contrat de service, l'achat en commun et les services partagés. Il ne faut pas non plus oublier les services précieux

que rendent les organismes bénévoles. Si un établissement décide d'avoir recours aux véhicules conduits par des bénévoles, il doit établir une politique concernant sa responsabilité et s'assurer d'une couverture d'assurance adéquate. Il ne faut pas considérer le service d'ambulance comme un service de transport à utiliser dans des situations non urgentes; ce service est en effet très coûteux et ne devrait être employé qu'en cas de nécessité médicale.

Prix de revient - Les subventions disponibles auront une incidence sur le choix du service de transport, surtout par rapport à la formule du transport en commun. Au moment de choisir le type de service requis, il faut estimer le nombre moyen de personnes qui feront usage du véhicule à un moment quelconque. Il est essentiel de disposer d'un plan d'horaires efficace. Il importe de tenir compte du temps d'arrêt, du coût de l'entreposage et de l'entretien des véhicules et des assurances nécessaires. Pour choisir le véhicule requis et déterminer ses dimensions, il faut tenir compte de la superficie utilisable plutôt que de la superficie en mètres (pieds) carrés. Si l'on choisit une fourgonnette ordinaire, il importe de s'assurer avant l'achat qu'il sera possible de la transformer.

Sécurité - Il importe que les conducteurs possèdent la compétence et le permis nécessaires; c'est un fait sur lequel on ne saurait trop insister. Les conducteurs doivent avoir appris les techniques de secourisme, les mesures à prendre pour assurer la sécurité des personnes en fauteuil roulant à bord d'un véhicule; ils doivent aussi savoir comment utiliser sans danger des dispositifs tels que les élévateurs pour fauteuils roulants et les dispositifs d'ancrage, ainsi que les techniques d'aide aux personnes qui utilisent des aides de marche. Ils doivent connaître la marche à suivre en cas d'urgence et avoir reçu des instructions sur les besoins des personnes âgées et des handicapés et sur la façon de les traiter. L'établissement doit établir des politiques et des procédures concernant le service de transport. Celles-ci toucheront notamment des questions comme

la façon de faire fonctionner le véhicule en toute sécurité, la sécurité des conducteurs, l'exploitation sûre du service et la protection fournie par une assurance.

Une police d'assurance responsabilité civile adéquate est indispensable. Le programme d'assurance de l'établissement doit en outre être conforme aux politiques provinciales.

MATÉRIEL

Les véhicules dans lesquels sont transportés les handicapés doivent être équipés du matériel spécialisé suivant:

- dispositifs de fixation pour tous les fauteuils roulants et toutes les civières. Il existe des ancrages mécaniques et des ancrages à courroies, les premiers étant les dispositifs de choix;

- des ceintures de sécurité pour tous les passagers, y compris les personnes en fauteuil roulant. Dans le cas de véhicules modifiés, il faut s'assurer que les ceintures de sécurité fonctionnent bien;

- des barres d'appui dans la zone réservée aux passagers en vue de leur confort et de leur sécurité;

- des dispositifs d'accès au véhicule. Pour des motifs de sécurité et de commodité, il est préférable que le véhicule soit équipé d'un élévateur pour fauteuils roulants plutôt que d'une rampe. L'utilisation de rampes est une solution moins coûteuse; toutefois il faut des conducteurs robustes pour monter les fauteuils roulants dans le véhicule et les en descendre. Par ailleurs, les rampes prennent parfois trop de place. Il existe plusieurs types d'élévateurs (hydrauliques et électriques), mais on recommande un appareil à grande puissance alimenté par une batterie auxiliaire. Lorsqu'on choisit un type particulier d'élévateur, il faut s'assurer de pouvoir le faire

réparer dans la région. Idéalement, l'élévateur devrait se trouver du côté droit, près de l'avant du véhicule, afin de faciliter le chargement et le déchargement; il doit en outre:

1. être équipé d'un dispositif d'embrayage ou d'un frein de sécurité qui bloquera l'élévateur en cas de panne d'équipement, ainsi qu'un dispositif manuel d'urgence facile à employer

2. être muni d'une plate-forme dotée d'un rebord sur les côtés et à l'avant et suffisamment large pour recevoir un fauteuil roulant large d'adulte

3. être équipé de deux jeux de commande - l'un à l'extérieur du véhicule et l'autre à l'intérieur

4. être conçu de telle façon qu'une personne seule puisse le faire fonctionner

- on peut aussi installer une main courante sur le côté de l'élévateur. La personne qui a du mal à rester assise bien droite devrait être bien attachée à son fauteuil. Il serait bon que le véhicule soit équipé de marches munies d'une main courante pour les usagers capables de marcher;

- un dispositif de régulation de la température pour maintenir une température confortable dans la zone réservée aux passagers. Il est essentiel que le véhicule soit équipé d'un bon système de ventilation et de fenêtres qu'on peut ouvrir au besoin. Il peut être bon que le véhicule soit équipé d'un appareil de chauffage auxiliaire, étant donné qu'une quantité importante de chaleur est perdue chaque fois que l'élévateur fonctionne. On recommande l'installation de bons mécanismes de dégivrage, comme des panneaux antigivre aux fenêtres pour accroître la visibilité;

- des appuie-tête réglables rembourrés, derrière les sièges;

- du matériel d'urgence, notamment un extincteur, des torches de signalisation, une trousse de secourisme, une liste de numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence et tout autre matériel exigé par les lois et règlements de la province;

- un agencement de sièges transformable avec des espaces libres où l'on installe des fauteuils roulants de différentes grosseurs et des sièges pliants ou des sièges fixes au-dessus des puits de roues. L'utilisation de sièges fixes seulement se révèle souvent peu pratique, puisqu'il faut effectuer de nombreux transferts entre les fauteuils roulants au départ et à l'arrivée. Ces nombreux transferts peuvent être dangereux et désagréables tant pour le conducteur que pour le passager;

- un éclairage intérieur supplémentaire pour pouvoir utiliser le véhicule la nuit;

- des clignotants d'urgence sur le toit du véhicule;

- des dispositifs pour bloquer les portes en position ouverte pendant le chargement et le déchargement, afin de les empêcher de se fermer accidentellement;

- un revêtement de sol antidérapant et facile d'entretien.

Outre ce matériel essentiel, on recommande les dispositifs facultatifs suivants:

- pour une fourgonnette: un toit surélevé et un ventilateur aspirant pour favoriser une bonne ventilation;

- un système de communication quelconque, tel un radio-téléphone.

ANNEXE IX

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Sous-comité fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Laboratoire de la fonction respiratoire
La réutilisation des articles jetables
Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanies dans les hôpitaux
Services et systèmes de visualisation diagnostique: Vue d'ensemble
Soins pour enfants et adolescents dans les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux
Unité d'inhalothérapie
Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine physique et de réadaptation
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de soins intensifs périnataux
Unité de tomodensitométrie
Unité de traitement des lésions de la moelle épinière

Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unités de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Unités d'urgence dans les hôpitaux